

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA MARKETINGU A OBCHODU

Měření spokojenosti zákazníků s integrovaným ambulantním systémem praktických
lékařů

Customer Satisfaction Measurment with Integrated Ambulatory System of General
Practitioners

Student: Jan Laštůvka
Vedoucí bakalářské práce: Ing. Tomáš Balcar

Ostrava 2009

Místopřísežné prohlášení:

„Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou bakalářskou práci, včetně všech příloh, vypracoval samostatně.“

V Ostravě dne 7. 5. 2009

Podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu mé bakalářské práce Ing. Tomáši Balcarovi, neboť mi svým ochotným přístupem dával cenné rady, které mi pomohly při zpracování této práce. Dále bych rád poděkoval Ing. Davidu Laštůvkovi ze společnosti Moje ambulance, a.s, za spolupráci a poskytnuté informace.

Obsah

1. ÚVOD	1
2. CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI MOJE AMBULANCE, A. S.....	2
2.1 Analýza trhu	2
2.1.1 Způsob financování.....	4
2.1.2 Cílová skupina	6
2.1.3 Bariéry pro vstup na trh.....	6
2.1.4 Závěr analýzy trhu	6
2.2 Mise.....	7
2.3 Vize	8
2.4 Strategie	8
2.5 Časový harmonogram	10
2.6 Organizační struktura společnosti	10
2.6.1 Personální politika společnosti.....	11
2.7 Hospodářské výsledky společnosti.....	11
3. METODOLOGIE MĚŘENÍ SPOKOJENOSTI	12
3.1 Metodika marketingového výzkumu	14
3.1.1 Definování problému a výzkumných cílů.....	14
3.1.2 Sestavení plánu výzkumu	15
3.1.3 Shromáždění informací.....	16
3.1.4 Analýza a vyhodnocení informací	20
3.1.5 Prezentace výsledků.....	20
3.2 Výzkum spokojenosti zákazníka.....	21
3.2.1 Index spokojenosti zákazníka (ACSI, ECSI)	22
3.2.2 Význam výzkumu spokojenosti zákazníka	23
4. METODIKA VÝZKUMU	24
4.1 Plán a realizace marketingového výzkumu	24
4.1.1 Definování problému a cíle výzkumu	24
4.1.2 Zdroje informací	25
4.1.3 Harmonogram činností.....	26
4.1.4 Sběr dat	26
5. ANALÝZA SPOKOJENOSTI ZÁKAZNÍKŮ	28
5.1 Vyhodnocení hypotéz	28
5.1.1 Vyhodnocení hypotézy č. 1	28
5.1.2 Vyhodnocení hypotézy č. 2.....	29

5.1.3	Vyhodnocení hypotézy č. 3.....	31
5.1.4	Vyhodnocení hypotézy č. 4.....	32
5.2	Analýza spokojenosti s lékaři	33
5.3	Analýza spokojenosti se zdravotními sestrami	35
5.4	Analýza spokojenosti s prostředím	38
5.5	Analýza spokojenosti se jménem a pověstí společnosti	40
5.6	Analýza způsobu registrace pacientů	42
5.7	Analýza srovnání Mojí ambulance s předešlým praktickým lékařem.....	43
5.8	Identifikační údaje respondentů.....	44
6.	NÁVRHY A DOPORUČENÍ.....	45
6.1	Návrhy na zvýšení spokojenosti pacientů.....	45
6.2	Další možnosti využití výzkumu.....	46
7.	ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		
SEZNAM ZKRATEK		
SEZNAM PŘÍLOH		
PŘÍLOHY		

1. Úvod

Zdravotnictví - v současné době velmi diskutované odvětví lidské činnosti, v médiích jsme neustále konfrontováni s různými názory politiků, odborníků, ale i laické veřejnosti o tom, jak by mělo zdravotnictví v České republice fungovat a jaký druh vlastnictví by měl být v souvislosti s ním uplatněn. Předmětem těchto diskuzí byly donedávna především nemocniční zařízení a oblast primární péče zůstávala v pozadí. Přitom praktičtí lékaři hrají nezastupitelnou roli v procesu zdravotní péče tím, že na jejich správné diagnóze záleží délka, kvalita a celkové náklady léčby pacienta. Zhruba před rokem a půl ale nastala v těchto diskuzích změna.

V té době se totiž na „trhu“ praktických lékařů objevila naprostá novinka – integrovaný ambulantní systém praktických lékařů s názvem Moje ambulance. Tato společnost způsobila mezi dosavadními praktickými lékaři velký rozruch a pochopitelnou negativní odezvu. Důvod byl prostý – vnesla totiž konkurenční prostředí do odvětví, ve kterém dramaticky chybělo. Společnost začala dynamicky expandovat a přijímat nové pacienty, důvodů je několik. Jedním z hlavních je moderní systém řízení společnosti, který odděluje administrativu od samotné léčby pacientů, což umožňuje lékařům soustředit se pouze na diagnostiku a léčbu pacientů a pacientům poskytuje kvalitnější péči a méně čekání.

Cílem této práce ale není obhajovat ani jednu stranu, tzn. privátní praktické lékaře nebo Moji ambulanci. Cílem této práce je pomocí marketingového výzkumu zjistit, jak jsou s touto společností a jejími službami spokojeni sami zákazníci, protože ti jsou tím hlavním kritériem pro úspěch každé společnosti v jakémkoliv odvětví tržní ekonomiky.

2. Charakteristika společnosti Moje ambulance, a. s.

Vznik společnosti s názvem Moje ambulance se datuje zápisem do obchodního rejstříku, který proběhl 26. dubna 2007 u Krajského soudu v Ostravě, a společnost získala právní formu akciové společnosti. Předsedou představenstva a také „duchovním otcem“ celého projektu se stal MUDr. Marek Potysz, absolvent lékařské fakulty v Olomouci a člověk, který již předtím stál u zrodu největší sítě soukromých nemocnic a zdravotnických zařízení ve střední a postkomunistické Evropě, dnes většině lidí dobře známé pod názvem AGEL. Po stránce zkušeností a znalostí tedy bezpochyby osoba na správném místě. Ovšem jednotlivec bez výkonného a spolehlivého týmu řídících pracovníků nezmůže v dnešním světě businessu téměř nic. Proto velký podíl na realizaci projektu patří právě týmu manažerů, bez kterých by dnes společnost nebyla tam, kde je.

Než si představíme misi, vizi a strategii společnosti, je potřeba provést analýzu trhu. Jelikož má společnost jako hlavní předmět podnikání provozování ambulantního zdravotnického zařízení praktických lékařů, budeme se v následujícím bodě zabývat analýzou trhu praktických lékařů pro dospělé obyvatelstvo na území České republiky.

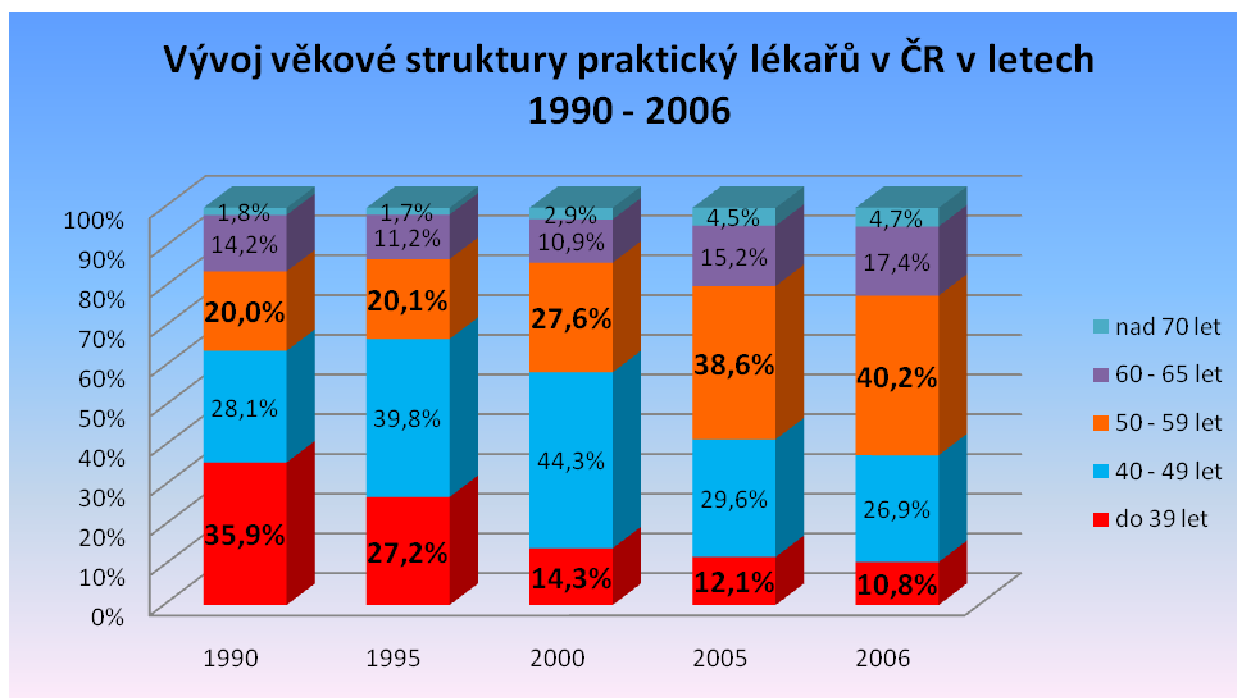
2.1 Analýza trhu

Podle posledních údajů ÚZIS ČR bylo v České republice na konci roku 2006 evidováno 5 123 lékařů zajišťujících primární péči o dospělou populaci (po přepočtení na plné úvazky). Porovnáme-li toto číslo s minulými lety, zjistíme, že počet lékařů pozvolným tempem klesá. V roce 2004 bylo evidováno 5167 lékařů a v roce 2002 byl stav 5 186. Prognóza dalšího vývoje ovšem uvádí, že do roku 2015 by mohl počet evidovaných lékařů klesnout někam k číslu 4200.

Tento pokles je, resp. bude, způsoben stále se snižujícím příchodem mladých lékařů, kterým se praktické lékařství jeví jako málo prestižní v porovnání s odvětvími, jakými jsou např. neurochirurgie, kardiochirurgie apod., a zároveň postupným odcházením stávajících praktiků do penze. Dokazuje to jak průměrný věk praktických lékařů, který neustále stoupá a v současnosti se pohybuje okolo 52 let, tak celkový vývoj jejich věkové struktury. Ta je znázorněna v následujícím grafu, ze kterého je jasně patrný nárůst skupiny ve věku od 50 do 59 let, a to z původních 20,0 % na

nyňějších 40,2 %, a neustále se snižující podíl věkové skupiny do 39 let – ze 35,9 % na 10,8 %.

Obr. č. 2.1: Vývoje věkové struktury praktických lékařů v ČR v letech 1990 - 2006



Zdroj: Vlastní zpracování

Dochází tedy k ubývání poskytovatelů primární péče, což zákonitě vede ke snižování konkurence v odvětví a tím ke zhoršení poskytovaných služeb, způsobené ztrátou motivace praktiků udržet si svého „zákazníka“.

Co se týče rozložení primární péče v jednotlivých krajích ČR, průměrný počet se pohybuje okolo 366 lékařů. Výraznou odchylku od této hodnoty pozorujeme především v Karlovarském kraji, který je se 132 lékaři krajem s nejnižším počtem praktických lékařů. Naopak mezi kraje, resp. okresy, ve kterých je počet evidovaných lékařů nadprůměrný, patří především hl. město Praha se 722 lékaři, dále kraje Jihomoravský (602 lékařů) a Moravskoslezský (599 lékařů). Samozřejmě tyto údaje nejsou vzájemně srovnatelné kvůli rozdílnému počtu obyvatel v kraji apod. K objektivnímu porovnání jednotlivých krajů použijeme údaje přepočtené na jednotku - viz následující tabulka.

Obr. č. 2.2: Statistické údaje praktických lékařů v jednotlivých krajích

Kraj / okres	Lékaři (přepočtený počet)	Počet ošetření na 1 lékaře a 1 den	Počet ošetření na 1 registr. pacienta	Počet registr. pacientů na 1 lékaře
Hl. město Praha	704,76	33,1	5,0	1 450
Středočeský	525,80	45,3	6,0	1 650
Jihočeský	321,30	45,0	6,3	1 561
Plzeňský	295,47	41,5	6,0	1 521
Karlovarský	131,85	45,2	5,8	1 727
Ústecký	359,88	48,9	6,1	1 755
Liberecký	207,15	46,0	6,1	1 647
Královéhradecký	273,78	46,9	6,4	1 607
Pardubický	236,73	46,7	6,1	1 683
Vysočina	226,56	45,8	5,9	1 703
Jihomoravský	602,41	46,2	6,6	1 542
Olomoucký	345,33	42,6	6,4	1 457
Zlínský	293,23	47,8	6,7	1 580
Moravskoslezský	599,00	43,2	5,8	1 630
ČR	5 123,25	43,6	6,0	1 588

Zdroj: [19]

Z tabulky je jasně patrné, že ačkoliv se počet lékařů v krajích výrazně liší, rozdíly v počtu ošetření - jak na 1 pacienta, tak na 1 lékaře - jsou zcela minimální. Totéž platí o počtu registrovaných pacientů, těch je v průměru 1 588 na 1 lékaře. Problém je ovšem ten, že hranice pacientů, které jsou lékaři ochotni přijmout, je cca 1700, a ta je již nyní v některých krajích překročena. Z ekonomického hlediska tedy dochází k převýšení poptávky nad nabídkou, což má za následek zánik konkurenčního boje a stagnaci rozvoje celého oboru. Zároveň zde ale vzniká příležitost pro vstup nového subjektu, který by zajistil uspokojení na straně poptávky a zároveň zvýšil konkurenční prostředí na trhu primární péče.

2.1.1 Způsob financování

Financování v odvětví primární péče má svůj základ v platbě veřejného zdravotního pojištění, které musí ze zákona povinně platit každý občan ČR (s výjimkou osob, za které platí pojištění stát, nebo jsou od plateb osvobozeny). Peněžní prostředky plynoucí z tohoto pojištění jsou poté přerozdělovány do jednotlivých odvětví zdravotnictví na základě různých kritérií (např. bodový systém v nemocničních zařízeních atd.). Je zde tedy vytvořen jakýsi kvazi trh – kdy každý

člověk musí vydat peníze na zdravotní péči, ale v případě, že je nevyužije, nejsou mu vráceny zpět.

V případě primární péče se k rozdělení peněz používá tzv. kapitační platba. Jedná se, o platbu za registrované pacienty, resp. je to částka, kterou lékař dostává měsíčně za každého pacienta, bez ohledu na to, kolik výkonů na tohoto pacienta vykáže. Velikost této platby určuje Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a v současnosti má průměrnou hodnotu 47 Kč. Tato platba ovšem neplatí pro všechny pacienty, u těch „nejohroženějších“ se tato částka násobí speciálními indexy – ty jsou nejvyšší u nejmladších a nejstarších pacientů (např. u dětí do čtyř let a důchodců se tato částka násobí čtyřmi).

Z kapitační platby je hrazena valná většina úkonů, které praktický lékař provádí, tzn. vyšetření při nemoci, náběry vzorků, předepisování léků atd. Na celkových příjmech praktických lékařů má kapitační platba největší podíl.

Další část příjmů tvoří úkony, které do kapitační platby nespádají a jsou hrazeny jednotlivě, za individuálně stanovené ceny, viz následující příklady:

- | | |
|--|-----------|
| • Vstupní vyšetření praktickým lékařem | 450,30 Kč |
| • Preventivní prohlídka (1x za dva roky) | 303,05 Kč |
| • Cílené vyšetření (při nemoci)* | 118,75 Kč |
| • Kontrolní vyšetření (po nemoci)* | 78,85 Kč |

** Tuto částku lékař účtuje pojišťovně pouze v případě, že ošetřil pacienta, který u něj není registrován. U registrovaných je poplatek součástí zmíněné kapitační platby. [11]*

Zbylou část příjmů tvoří regulační poplatky ve výši 30 Kč, které schválil Parlament ČR, s platností od 1. 1. 2008. Ty musí platit každý pacient v případě, že ho lékař klinicky vyšetří, dále za výdej léku na předpis, za návštěvu pohotovosti a za určitý počet dnů pobytu v nemocnici.

Shrneme-li financování na trhu primární péče, lze konstatovat, že vlivem existence povinného zdravotního pojištění a jeho rozdělení formou kapitační a výkonové platby, je získávání financí, v případě, že daný subjekt má potřebný počet registrovaných pacientů, relativně snadnou a jistou záležitostí.

2.1.2 Cílová skupina

V tržní ekonomice je cílová skupina velmi důležitým atributem, na který musí každý subjekt uvažující o vstupu na trh přihlížet. Reprezentuje totiž skupinu lidí, na které bude své výrobky nebo služby směřovat, tedy na své potenciaální zákazníky. Tato skupina má vždy určité shodné vlastnosti nebo rysy, které ji vzájemně pojí a kterými se odlišuje od ostatních. Samozřejmě čím větší tato skupina je, tím lépe, jelikož tvoří větší okruh potenciaálních zákazníků, a daný subjekt tak má větší naději na úspěch a následnou prosperitu.

Jelikož společnost Moje ambulance poskytuje ambulantní služby pro dospělou populaci, její cílovou skupinu tvoří lidé od 16 let výše bez dalších omezení (např. pohlaví atd.). Podíváme-li se na údaje ČSÚ, podle posledního sčítání lidu, které proběhlo v roce 2001, žije v České republice 10 230 060 osob, z toho 8 438 255 je starších 16 let. Z čehož vyplývá, že cílovou skupinu Mojí ambulance tvoří cca 80% celkové populace ČR, a to je více než velký počet potenciaálních zákazníků.

2.1.3 Bariéry pro vstup na trh

Výhodou a zároveň bariérou vstupu na trh je nedostatek lékařů, ten sice znamená nízkou úroveň konkurence, ale také ztížený a omezený výběr pracovních sil, které bude muset v počátcích nový subjekt získat ze stávajících praktiků.

Další problém může nastat při odkupu praxí od praktických lékařů, kteří se chystají do penze, na základě toho chce totiž společnost získat své první pacienty a vybudovat tím výchozí pozici pro svůj další rozvoj.

Poslední větší bariéru představuje silná politická lobby zájmových skupin, pro které vstup nového subjektu na trh může z různých důvodů znamenat problém.

2.1.4 Závěr analýzy trhu

Shrňme – li poznatky, ke kterým jsme v analýze došli, zjistíme, že na trhu primární péče dochází k převyšování poptávky nad nabídkou, způsobené odchodem stávajících praktických lékařů do penze a zároveň snižujícím se příchodem mladých lékařů do oboru. Důsledkem tohoto jevu je zánik konkurenčního boje a stagnace rozvoje celého oboru. Zároveň zde ale vzniká příležitost pro vstup nového subjektu, který by zajistil uspokojení na straně poptávky a zároveň zvýšil konkurenční prostředí.

I z pohledu financování je sektor primární péče pro nový subjekt perspektivním odvětvím. Díky existenci veřejného zdravotního pojištění, resp. kapitační – výkonové platby, jsou příjmy zajištěny již při pouhé registraci pacienta, bez ohledu na to, kolik nákladů je na něj vynaloženo.

Také cílová skupina, zahrnující zhruba 80 % celkové populace žijící v ČR, představuje velkou příležitost pro uplatnění nového subjektu na trhu.

Mezi hlavní bariéry patří nedostatek lékařů (zároveň i výhoda), problémy s odkupem praxí a politická lobby.

Srovnáme-li fakta, která hovoří pro vstup společnosti na trh, s bariérami, hovořícími proti, z celkového pohledu je trh primární péče pro společnost s dobrým know-how a kvalitním managementem velmi dobrou příležitostí na úspěch.

2.2 Mise

Misi neboli poslání, se kterým společnost vstupuje na trh, tvoří dva stěžejní body.

Za prvé chce zlepšit funkci ambulantního systému ČR vybudováním systému inovativního, který doposud v ČR neexistuje, zato jeho ekvivalenty již nějakou dobu velmi dobře fungují v zahraničí, převážně pak v USA. Systém je založen na poskytování ambulantních služeb formou sdružených praxí praktických lékařů, organizovaných pomocí tzv. „clusterů“. Pojem „cluster“ si podrobněji vysvětlíme ve strategii společnosti.

Druhým bodem, který tvoří misi společnosti, je dosažení lepších zdravotních výsledků při stejných nákladech na zdravotní péči. Toho by mělo být dosaženo úspěšným zavedením výše zmíněného systému poskytování ambulantní péče. Společnost chce především zefektivnit celý proces diagnózy a léčby pacienta tím, že oddělí administrativu od samotné lékařské péče. Ne tak tomu bylo doposud, kdy každý praktický lékař byl zároveň úředníkem a měl na starosti i administrativní záležitosti své praxe. Tím pádem se lékař může soustředit pouze na léčbu pacienta a rychleji a přesněji určit diagnózu. Dojde tedy nejen ke snížení nákladů, ale také ke zvýšení podílu práce na jednoho praktického lékaře a k uspokojení poptávky na trhu primární péče.

2.3 Vize

Vizi společnosti je postavit integrovaný ambulantní systém na úrovni praktických lékařů pro území ČR, který bude moderní a efektivní jak v systému řízení, tak ve způsobu léčby.

Dále rozšířit působnost ambulantní sféry ve zdravotnictví ČR, tak aby uspokojila poptávku a zároveň byla snadno dostupná.

A v neposlední řadě zvýšit prestiž praktických lékařů. Těm by se měl obor primární péče ukázat v novém, moderním světle a přilákat tak nové adepty do tohoto odvětví. Zároveň s tím by se měla zvýšit jejich prestiž v očích pacientů a veřejnosti.

2.4 Strategie

Jak už bylo zmíněno výše, společnost chce poskytovat ambulantní služby formou sdružených praxí praktických lékařů, organizovaných pomocí „clusterů“. Cluster můžeme definovat jako integrované zařízení (vybudované, pronajaté) spojující dvě až tři ambulance s kompletním zázemím. Co se týče konkrétních požadavků, cluster by měl být tvořen čekárnou s recepcí, sesternou pro tři sestry, třemi ordinacemi pro lékaře, dále toaletami, denní místností a skladem. Celková velikost by se měla pohybovat v intervalu od 200 do 210 m².

Mezi hlavní pilíře tvořící strategii společnosti Moje ambulance patří zavedení dlouhé otevírací doby a umístění clusteru v lokalitě s vysokou frekvencí pohybu lidí a možností parkování. Otevírací doba by měla být dvanáctihodinová a měla by být velkou devizou oproti konkurenci, u které je standardní otevírací doba čtyřhodinová a pouze jeden den v týdnu osmihodinová. Pacienti tak nebudou muset přizpůsobovat své povinnosti návštěvě lékaře, ale budou mít velkou variabilitu v určení si času návštěvy sami. Také umístění clusteru by mělo vyjít pacientům vstříc, mělo by se nacházet v centru města v bezprostřední blízkosti parkovacích míst.

Dále chce společnost zavést přísný dohled nad dodržováním doporučených lékařských postupů schválených SVL ČLS JEP. Tato odborná společnost je členem řady mezinárodních odborných organizací a v současnosti se podílí na tvorbě standardních léčebných postupů, aktualizuje koncepci oboru, je partnerem pro jednání v dohodovacích řízeních jak o kompetencích praktického lékaře, tak o ceně jeho práce. Jejimi členy jsou významné kapacity oboru všeobecného lékařství, a

proto dodržování jimi navržených lékařských postupů výrazně zvyšuje kvalitu a efektivitu poskytované péče.

Součástí strategie společnosti je také zavedení preventivních programů s propojením na podporu aktivního a zdravého způsobu života. Zejména prevence je důležitá ke včasnému rozpoznání příznaků nemoci a jejímu rychlému a zdárnému vyléčení.

V neposlední řadě je součástí plánu zavedení funkčního objednávkového systému, jehož prostřednictvím, si budou moci pacienti domluvit návštěvu lékaře osobně, telefonicky nebo nově také prostřednictvím SMS a e-mailu. V budoucnu chce společnost vybudovat centrální call centrum, kde budou pacientům sděleny odpovědi na jejich případné dotazy a přes které se budou objednávat do nejbližších, nebo do jimi požadovaných ambulancí. Měl by tedy vzniknout moderní a efektivní objednávkový a informační systém, který bude využívat nejmodernějších komunikačních kanálů.

Vstup společnosti na trh a aplikace výše zmíněné strategie do praxe přinese benefity jak pro pacienty a lékaře, tak přínos pro celé odvětví primární péče, viz následující příklady:

Benefity pro pacienty:

- Standardně vysoká odbornost s přímou kontrolou SVL ČLS JEP
- Objednávkový systém s garancí dodržení času
- Klientský přístup na vysoké úrovni
- Aktivní přístup na straně zařízení směrem k pacientům v oblasti prevence, vyhodnocení rizika a dispenzarizace
- Aktivní podpora zdravého způsobu života

Benefity pro lékaře:

- Maximální potlačením administrativy
- Odbourání starostí s plátcí, regulátory a účetnictvím
- Soustředění na péči o pacienty s dlouhodobými kladnými výsledky v léčbě a prevenci
- Lepší materiální podmínky než doposud

Přínos pro obor primární péče:

- Zvýšení prestiže praktických lékařů
- Aktivní prosazování změn a opodstatněných návrhů praktiků na úrovni MZ a VZP
- Odbourání nesmyslných regulací, které poškozují pacienty a zdražují celý systém
- Zvýšení rozsahu péče praktických lékařů, především v oblasti chronických onemocnění

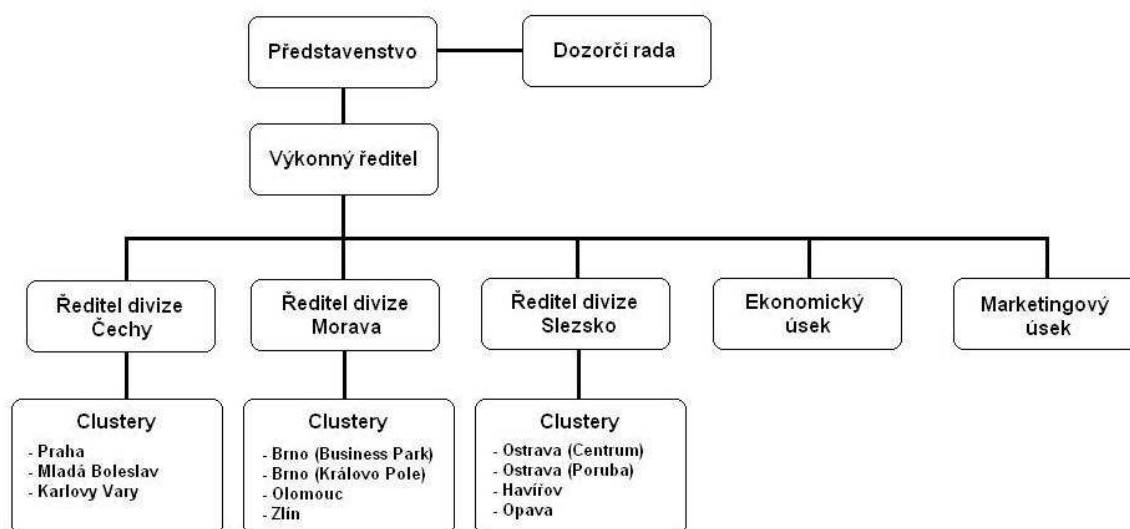
2.5 Časový harmonogram

Projekt Moje ambulance vznikl postupně od září roku 2006, „fyzickou“ podobu získal 26. dubna 2007, kdy byla založena akciová společnost se stejnojmenným názvem. Vznik pilotního clusteru byl plánován na 1. července 2007, plán se podařilo dodržet, a tak v centru Ostravy vyrostl historicky první cluster společnosti Moje ambulance. Po jeho vzniku docházelo k doladování detailů a další penetraci trhu. Do konce roku 2008 tak vzniklo celkem 11 clusterů po celé České republice, konkrétně pak v Ostravě - Centru a Porubě, Olomouci, Brně – Business Parku a Králově Poli, v Praze, Karlových Varech, Mladé Boleslavi, Havířově, Opavě a Zlíně. Plán do budoucna, konkrétně do konce roku 2009, počítá s dalšími 7 clustery a celkově se 100 000 pojištěnci.

2.6 Organizační struktura společnosti

Organizační struktura Mojí ambulance se nijak zásadně neliší od standardních struktur ostatních společností. Na vrcholu pomyslné hierarchie stojí, valnou hromadou ustanovené představenstvo, jehož předsedou je MUDr. Marek Potysz, a dalšími členy Ing. Lenka Laníková a Ivan Frömmer. Na činnost představenstva dohlíží dozorčí rada složená z předsedkyně MUDr. Moniky Manouškové, Ing. Marcela Kotáska a Ing. Davida Laštůvky. Představenstvo, jako statutární orgán, jmenovalo do funkce výkonné ředitelky společnosti Ing. Lenku Laníkovou. Ta je odpovědná za řízení společnosti a dohled nad činností ředitelů jednotlivých divizí, společně s marketingovým a ekonomickým úsekem. Přímý dohled nad clustery mají ředitelé divizí Čech, Moravy a Slezska, těmi jsou Petra Kárová, Ing. Marcel Kotásek a Ing. David Laštůvka.

Obr. č. 2.3: Organizační struktura společnosti



Zdroj: Vlastní zpracování

2.6.1 Personální politika společnosti

Celkově společnost zaměstnává 103 zaměstnanců, z toho 44 lékařů, 46 sester a zbytek, tedy 13 osob, tvoří management.

2.7 Hospodářské výsledky společnosti

Hospodářský rok společnosti je shodný s rokem kalendářním, poslední účetní uzávěrka se tedy konala za období od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2008. Společnost v tomto období zaznamenala obrát ve výši 40 000 000 Kč.

3. Metodologie měření spokojenosti

Měření spokojenosti zákazníků, které je předmětem této práce, má svůj základ v marketingovém výzkumu. Definovat pojem „marketingový výzkum“ lze mnoha způsoby, jeden z nejznámějších a nejvýstižnějších ho definuje jako systematické určování, shromažďování, analyzování a vyhodnocování informací týkajících se určitého problému, před kterým firma stojí. [2]

Marketingový výzkum ale především představuje všeobecný nástroj, který lze použít na široké portfolio zkoumaných oblastí. Odlišuje se však použitými metodami, které se mění v závislosti na tom, jaký je cíl výzkumu.

Co se týče použití marketingového výzkumu ve službách, lze konstatovat, že byl po dlouho dobu opomíjen. Mezi hlavní argumenty pro nevyužívání jednoho ze základních nástrojů získávání důležitých informací, jako jsou například informace o trhu, zákaznících, jejich potřebách a o konkurenci, patřily především:

- Nedostatek finančních prostředků pro provádění marketingového výzkumu u podnikatelských subjektů produkujících služby.
- Nevhodné personální zajištění pro marketingový výzkum.
- Nedocnění důležitosti marketingového výzkumu managementem.
- U okruhu stálých zákazníků jsou dobře známy jejich potřeby a preference.
- V případě služeb s převážně nehmotným charakterem nelze pomocí výzkumu zjistit názory zákazníků na zaváděný nový produkt služby. [9]

S hospodářským růstem a ještě větším převýšením nabídky nejen produktů, ale i služeb nad jejich poptávkou však ztratily tyto argumenty na významu. V současnosti se využívání marketingového výzkumu stalo běžnou součástí fungování činností většiny firem.

Podíváme – li se na konkrétní využití marketingového výzkumu na trhu služeb, může být zaměřen na následující oblasti:

- **Výzkum trhů** – tento typ výzkumu se zabývá analýzou tržního potenciálu pro stávající produkty a hodnocením poptávky po nových produktech. Dále prognózou prodejů, charakteristikami trhů a studiem trendů. Výzkum také poskytuje důležité informace o stávající pozici na trhu, zákaznících (uspokojování jejich potřeb), konkurenci (identifikace hlavních konkurentů a jejich silných a slabých stránek). V neposlední řadě jsou zkoumány nové cílové trhy.
- **Výzkum produktů služeb** – zkoumá názory a postoje zákazníků na nově zaváděné produkty služeb či studium nespokojenosti zákazníků se službou.
- **Výzkum efektivnosti nástrojů komunikačního mixu** – tvoří významnou oblast výzkumu. Slouží k hodnocení úspěšnosti reklamy, výběru reklamních médií, hodnocení výběru prvků podpory prodeje a ověřování image firmy u veřejnosti.
- **Výzkum v oblasti distribuce** – zde je zkoumáno umístění služby, uspořádání distribučních center a nákladové analýzy dopravních metod.
- **Výzkum oblasti cen** – dochází k analýze vnímání ceny zákazníkem, cenové elasticity spojené s kvalitou služby, nákladové analýzy, marginální analýzy a konkurenční cenové politiky. [9]

Pro maximální eliminaci chyb při tvorbě marketingového výzkumu je nutno dodržovat následující požadavky.

1. **Zaměření** – marketingový výzkum musí vycházet a odpovídat cílům marketingové koncepce firmy.
2. **Objektivita** – postupy marketingového výzkumu musí eliminovat vlivy subjektivního zkreslení jak při výběru respondentů při vlastním šetření, tak i při následném zpracování.

3. **Systematičnost** – má za úkol vyloučit ve výběru zkoumaného vzorku vlivy nahodilosti a parciálnosti.
4. **Včasnost** – takové časové vymezení výzkumu, aby zjištěné výsledky byly skutečně využitelné pro rozhodovací proces.
5. **Efektivnost nákladů** – vynaložené náklady na výzkum musí být porovnány s očekávanými přínosy.
6. **Přesnost a spolehlivost** – výběr vhodných metod a technik marketingového výzkumu. Při zpracování zjištěných informací je dobré využívat dostupnou výpočetní techniku a softwarové produkty. Spolehlivost pak znamená, že pokud byl obdobný výzkum realizován za podobných podmínek jinde, měly by být výsledky obou shodné. [9]

3.1 Metodika marketingového výzkumu

Efektivní marketingový výzkum zahrnuje pět kroků:

1. Definování problému a výzkumných cílů.
2. Sestavení plánu výzkumu.
3. Shromáždění informací.
4. Analýzu a vyhodnocení informací.
5. Prezентaci výsledků.

3.1.1 Definování problému a výzkumných cílů

Prvním krokem je pečlivé a přesné definování problémů, které co nejvíce odpovídají požadovaným výzkumným cílům. Přesné definování je důležité především z hlediska ztráty času a zbytečného vydávání prostředků na informace, které jsou nedůležité a irelevantní. Důležité je také porovnat očekávaný zisk projektu s náklady na výzkum, jelikož marketingový výzkum se vyplatí pouze tehdy, jestliže očekávaný zisk převyšuje celkové náklady spojené s provedením výzkumu. Po identifikaci cílů dochází k výběru výzkumné metody, pomocí níž je výzkum realizován. Výzkumné metody se dělí do čtyř typů:

3.1.1.1 Monitorovací výzkum

Tento typ výzkumu spočívá v permanentním shromažďování informací a jejich analýze. Napomáhá odhalit potíže a příležitosti.

3.1.1.2 Badatelský (explorační) výzkum

Je využíván především v situacích, kdy je cíl výzkumu formulován velmi rozsáhle nebo když nemáme o problému, který chceme zkoumat, dostatek předběžných informací. Cílem je shromáždit základní informace. Údaje, na kterých je výzkum založen, jsou čerpány v převážné míře z odborných rešerší, případových studií, z rozhovorů vedených s jednotlivými spotřebiteli atd.

3.1.1.3 Popisný (deskriptivní) výzkum

Tento typ popisuje určité veličiny, účelem tohoto výzkumu je poskytnout přesnou informaci o konkrétních aspektech tržního prostředí. Touto metodou je uskutečňována největší část výzkumných projektů. Vstupní data jsou zjišťována většinou prostřednictvím průzkumů organizovaných dotazníkovou akcí.

3.1.1.4 Kauzální výzkum

Zkoumá příčiny problémů i příležitostí. Jeho cílem je prověřit vztahy příčiny a následku. Kauzální výzkum je prováděn formou experimentu, tzn. studiem vlivu změn jedné skupiny faktorů za předpokladu stálosti všech ostatních skutečností, jež nejsou předmětem daného výzkumu.

Cíl výzkumu je zpravidla vyjádřen formou vědecké hypotézy nebo soustavy několika hypotéz. [9]

3.1.2 Sestavení plánu výzkumu

Dalším krokem je sestavení podrobného a efektivního plánu pro sběr potřebných informací. Před schválením plánu výzkumu je třeba znát odhad nákladů na jeho realizaci a také je nutné v souvislosti s plánem výzkumu přijmout rozhodnutí, jaké informační zdroje, jaké výzkumné přístupy a nástroje výzkumu a jaké plány výběru respondentů a kontaktní metody mají být použity. Plán výzkumu má zajistit plynulý průběh jeho realizace a potřebné informace.

Plán má vymezit všechny fáze výzkumu věcně a časově. Tvoří ho následující fáze:

1. Přípravná
2. Realizační
3. Prezentační

V širším smyslu znamená příprava výzkumu také zajištění projektu po stránce personální, finanční, technické atd.

Nedílnou součástí výzkumu tvoří výběr objektů zkoumání. Soubor všech jednotek, které ukazují určité z hlediska výzkumného záměru podstatné znaky, se nazývá **základní soubor**. V převážné většině případů je základní soubor tvořen příliš velkým počtem jednotek a nelze je tedy z mnoha důvodů zahrnout do průzkumu všechny. Výzkum se tedy provádí na **výběrovém souboru**.

Plán výběru musí obsahovat tato základní rozhodnutí:

- Určení tzv. výběrové jednotky (kdo má být dotazován).
- Velikost výběrového souboru, neboli kolik lidí by mělo být osloveno, pozorováno.

Čím je výběrový soubor větší, tím jsou výsledky pozorování spolehlivější. V praxi jde však o stanovení optimální velikosti souboru, aby každá jednotka měla stejnou pravděpodobnost výběru. [9]

3.1.3 Shromáždění informací

Výzkum provádíme na základě analýzy informací sekundárních nebo primárních, kvantitativních nebo kvalitativních a interních nebo externích.

3.1.3.1 Sekundární informace

Jsou charakterizovány jako informace, které již byly shromážděny a analyzovány pro nějaký jiný účel a jsou i nadále k dispozici. Sekundární informace jsou výchozím bodem výzkumných prací a jejich nesporná výhoda spočívá v nízkých nákladech a rychlosti získání. Naopak mezi hlavní nevýhody se řadí zastaralost, nepřesnost, neúplnost či nespolehlivost, což vyplývá ze skutečnosti, že údaje nebyly shromážděny pro účel související s řešením aktuálního problému.

Zdroje sekundárních informací se dělí na:

- **Interní zdroje** – vnitřní informační systémy podniků (balance zisků a ztrát, prodejní přehledy a hlášení, zprávy z předchozích výzkumů, rozpočty atd.).
- **Externí zdroje** – státní publikace, databázové informace, periodika, knihy, komerční informace.

V případě, že dojde k vyčerpání sekundárních zdrojů či pokud nejsou sekundární zdroje k dispozici, přistupujeme k získání **primárních informací**.

3.1.3.2 Primární informace

Získání tohoto druhu informací je samozřejmě finančně nákladnější než v případě informací sekundárních, avšak primární informace bývají vzhledem k řešenému problému daleko významnější. Navíc máme jistotu, že jsou aktuální a přesné a že jsou beze zbytku využity pro naše potřeby.

Z metodického hlediska rozlišujeme **kvantitativní** a **kvalitativní výzkum**. Tyto se od sebe liší charakterem jevů, které analyzují. Zatímco kvantitativní výzkum se ptá „kolik“, kvalitativní výzkum zkoumá „proč“ nebo „z jakého důvodu“. Metodika výběru vzorku u kvantitativního výzkumu většinou vyžaduje reprezentativnost populace (náhodný výběr, kvótní výběr). Kvalitativní výzkum je zaměřen typologicky na cílovou skupinu a pracuje s většinou s menším vzorkem, než je tomu u kvantitativního výzkumu.

3.1.3.3 Kvantitativní informace

Tyto informace lze přesně vymezit množstvím, velikostí, objemem apod. Informace se týkají četnosti něčeho, co již proběhlo nebo probíhá právě nyní.

3.1.3.4 Kvalitativní informace

Tyto informace jsou charakterizovány slovně pomocí pojmů a kategorií a nejsou přímo měřitelné. Většina zpracovávaných informací probíhá ve vědomí nebo podvědomí konečného spotřebitele. Pracuje se s větší mírou nejistoty a při získávání informací se využívá odborná pomoc specialistů, psychologů.

Primární informace lze získat různými výzkumnými přístupy, záleží však na tom, jaký problém je aktuálně řešen. Jedná se o tyto výzkumné metody:

3.1.3.5 Výzkum pozorováním

Aktuální informace mohou být získány na základě pozorování relevantních aktérů v relevantním prostředí. K pozorování se používají různé technické pomůcky, rozeznáváme tyto druhy:

- **Galvanometr** – pro měření zájmu respondenta nebo jeho emocí,
- **Audiometr** – zaznamenává druh a délku televizních programů, které sledují vybraní respondenti,
- **Tachistoskop** – je využíván současně s oční kamerou a sleduje, co si respondent nejlépe zapamatuje a na co se jeho oči dívají při zhlédnutí ukázaného inzerátu nejdéle.

Výhodou pozorování je jeho nezávislost na ochotě pozorovaných osob spolupracovat a také zde nehrozí nebezpečí zkreslování skutečností subjektivním vyjádřením. Naopak nevýhodou je jeho časová náročnost a také jím získané informace jsou zřídka kdy kvantifikovatelné. I přesto je však nezastupitelné v možnosti získání aktuálních a konkrétních poznatků o důležitých prvcích zkoumaných jevů.

3.1.3.6 Metoda dotazování

Metoda dotazování představuje nejpoužívanější metodu primárního výzkumu, jejím smyslem je zadávání otázek respondentům a jejich odpovědi jsou podkladem pro získání požadovaných primárních údajů. Při její aplikaci je však důležitá dobře zvolená technika, jakou bude dotazování probíhat, neboť kvalita výběru dotazovaných osob se vždy promítne do kvality výsledku.

Metody (techniky) dotazování:

Metoda skupinově orientovaného dotazování - aplikace této metody znamená, že marketingový tazatel stráví několik hodin s dotazovanou skupinou, čítající šest až deset osob, a diskutuje s ní zkoumaný problém. Tazatel musí být

objektivní, zkušený a musí mít znalosti z oblasti skupinového chování a zákaznických postojů a také dokonalou znalost řešeného problému. U tohoto typu výzkumu je třeba vyvarovat se zevšeobecňování poznatků, jelikož soubor respondentů je příliš malý.

Techniky šetření dotazováním – šetření se provádí v zásadě třemi způsoby, a to písemným dotazováním (dotazníky jsou zasílány poštou nebo e-mailem), osobním dotazováním (rozhovor tazatele s respondenty) a telefonickým dotazováním. Každý z těchto způsobů má své výhody a nevýhody. V následující tabulce je uvedeno srovnání jednotlivých metod dotazování.

Obr. č. 3.1: Kritéria výběru metody dotazování

Ústní	Korespondenční	Telefonické	E-mail
Osobní kontakt	Chybí osobní kontakt	Omezený osobní kontakt	Chybí osobní kontakt
Možnost většího počtu otázek	Možnost většího počtu otázek	Malý počet otázek	Možnost většího počtu otázek
Možnost doplňujícího výkladu	Není možný doplňující výklad	Možnost doplňujícího výkladu	Možnost doplňujícího výkladu
Velká míra odpovědnosti	Malá míra odpovědnosti	Střední míra odpovědnosti	Malá míra odpovědnosti
Vyžaduje střední množství času	Delší doba šetření	Relativně málo času	Relativně málo času
Vysoké náklady	Nízké náklady	Středně vysoké náklady	Nízké náklady
Anonymita není možná	Možnost anonymity	Anonymita není možná	Anonymita není možná
Možnost složitých otázek	Pouze jednoduché otázky	Nepříliš složité otázky	Nepříliš složité otázky
Malá skupina respondentů	Velká skupina respondentů	Střední skupina respondentů	Velká skupina respondentů
Dobrá odezva	Špatná odezva	Středně dobrá odezva	Středně dobrá odezva
	Nízká návratnost		Střední návratnost

Zdroj: [9]

Nejpoužívanějším nástrojem pro sběr primárních informací jsou **dotazníky**. Jedná se o velice pružný nástroj, který nabízí široké spektrum možností, jak klást respondentům otázky a získat od nich potřebné informace.

Při tvorbě dotazníku je třeba pečlivě volit otázky, jejich formu, stylizaci a sled. Úvodní otázky by měly u respondenta vzbudit zájem a naopak obtížné nebo osobní

otázky, by měly být kladeny jako poslední, aby nedostaly respondenta do defenzivního postoje. Obecná pravidla pro formulaci otázek jsou: jednoduchost, přímost a nezaufatost.

V úvodu dotazníku by měly být instrukce k vyplnění dat, tyto instrukce by měly být pojmově jasné a obecně platné pro celý dotazník. Předtím, než bude dotazník použit v ostrém výzkumu, měl by podstoupit tzv. pilotáž (pilotní výzkum). V té je předložen k vyplnění vybrané skupině osob, která určí jeho případné nedostatky nebo nesrozumitelné části, ty jsou posléze opraveny, a dotazník je připraven k použití.

Je nutno vypracovat také plán výběru, tedy stanovit, kdo má být dotazován, jaká bude velikost výběrového souboru a jakou formou bude dotazování probíhat.

Při provádění primárního marketingového šetření je nezbytné zachovávat etiku výzkumu trhu, dodržovat jeho bezúhonnost a zachovávat jeho důvěryhodnost.

3.1.3.7 Experimentální výzkum

Jedná se o vědecky nejhodnotnější metodu. Vyžaduje především výběr vhodných skupin subjektů, jejich zkoumání pomocí různých postupů, poznání vedlejších vlivů a ověřování, zda jsou pozorované reakce na různé podněty statisticky významné. Smyslem je odhalit kauzální vztahy mezi příčinou a jejím důsledkem při vyloučení jiných vlivů působících na velikost sledovaných důsledků. V oblasti marketingového výzkumu se používají experimenty laboratorní (prováděné ve zvlášť organizovaném prostředí) a experimenty přirozené (prováděné v přirozeném marketingovém prostředí). [9]

3.1.4 Analýza a vyhodnocení informací

Dalším krokem v marketingovém výzkumu je odvození ze shromážděných dat potřebné závěry. Získané údaje je nutné roztrždit a klasifikovat, a to vše za pomoci statistických technik či rozhodovacích modelů. [9]

3.1.5 Prezentace výsledků

Výsledky shromážděných informací musí být zpracovány v podobě ucelených, verbálně formulovatelných závěrů a doporučení. Výsledná zpráva musí mít velmi vysokou odbornou úroveň, a to i po stránce formální. Stylisticky propracovaný text by

měl být provázen přehlednými tabulkami, které by měly být z důvodu velmi rychlé orientace přepracovány i do grafů a diagramů. [9]

3.2 Výzkum spokojenosti zákazníka

V určité etapě rozvoje trhu a s ní spojeného vývoje úrovně marketingového řízení nabývá stále většího významu **hodnocení spokojenosti zákazníka**.

Na otázku **co, kdy, jak často, kde a za kolik** zákazník koupil, odpovídají informace kvantitativního charakteru, zpravidla se jedná také o informace sekundárního charakteru získané z evidence různých hospodářských údajů o nákladech, zisku a tržbách ve vztahu k různým tržním segmentům, územím či formám prodeje. Tyto informace jsou poté vyhodnocovány pomocí statistické analýzy a jejích charakteristik, jako je souhrnný objem, průměrná spotřeba atd.

Mnohem složitější otázkou, která spadá do analýzy zákazníka, je otázka, **proč** se zákazník pro daný produkt rozhodl, zde jsou hledány motivy a důvody pro jeho kupní a spotřební chování. V tomto případě se jedná o informace kvalitativního charakteru.

Spokojenost zákazníka jako taková spadá do skupiny intenzivních zdrojů rozvoje nezbytných pro vytváření konkurenční pozice firmy na trhu. Důležité je však definovat si pojem spokojenost.

„ Spokojenost je subjektivní pocit člověka o naplnění jeho potřeb a přání. Ta jsou podmíněna jak zkušenostmi a očekáváním, tak osobností a prostředím.“ [4]

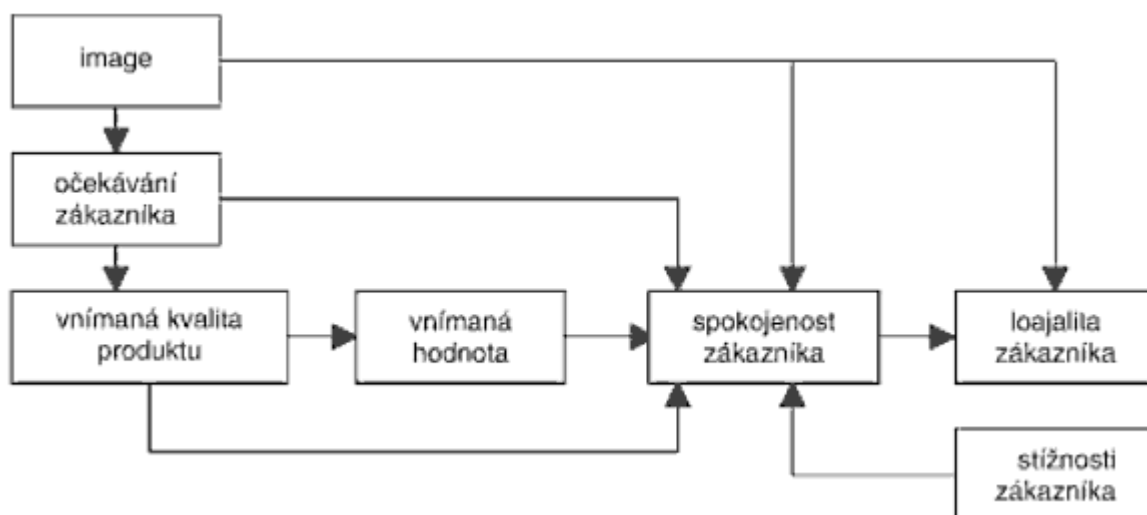
Teoretický základ má spokojenost zákazníka v teorii rozporu, ten spočívá ve stanovení očekávání zákazníka o parametrech produktu nebo služby a jeho, resp. jejím, užítku a následném srovnání se zkušeností po nákupu. Je-li zkušenost vyšší než očekávání, je zákazník spokojen, je-li však nižší, je nespokojen. Nutno však brát v úvahu také vliv času, opakovanou spokojenosti či nespokojenost a stupeň adopce produktu na trhu.

Princip měření spokojenosti zákazníka je založen na **měření tzv. celkové (akumulované) spokojenosti**. Ta je ovlivněna celou řadou dílčích faktorů, tyto faktory musí být měřitelné a musí být znám jejich význam pro zákazníka v rámci celkové spokojenosti. [4]

3.2.1 Index spokojenosti zákazníka (ACSI, ECSI)

Jedná se o americký a evropský způsob měření spokojenosti zákazníka. Evropský model spokojenosti zákazníka (ECSI) je definován sedmi hypotetickými proměnnými, z nichž každá je determinována určitým počtem proměnných. Jejich vztahy jsou vyjádřeny v následujícím modelu.

Obr. č. 3.2: Model spokojenosti zákazníka



Zdroj: [4]

- **Image** představuje souhrnnou hypotetickou proměnnou vztahu zákazníka k produktu, značce nebo firmě, je to základ analýzy spokojenosti.
- **Očekávání zákazníka** se vztahuje k představám o produktu, které má každý zákazník. Dnes je především výsledkem komunikačních aktivit firmy a předešlých zkušeností, má přímý vliv na spokojenost.
- **Vnímaná kvalita** se týká nejen samotného produktu, ale také všech doprovodných služeb souvisejících s jeho dostupností.
- **Vnímaná hodnota** je spojena s cenou produktu a užitek, který zákazník očekává, je možno ji vyjádřit jako poměr ceny a vnímané kvality.
- **Stížnosti zákazníka** jsou důsledkem nerovnováhy výkonu a očekávání.
- **Loajalita zákazníka** je vytvářena pozitivní nerovnováhou výkonu a očekávání, projevuje se opakovaným nákupem, zvyklostním chováním, cenovou tolerancí a referencemi jiným zákazníkům. [4]

3.2.2 Význam výzkumu spokojenosti zákazníka

V jakékoliv fungující tržní ekonomice se snaží každá firma co nejlépe uspokojit své zákazníky, zajistí jí to totiž požadovaný zisk a zákazníkům služby, které poptávají. Čím více je ekonomika rozvinutá, tím jsou konkurenční tlaky na straně nabídky produktů a služeb větší a boj o každého zákazníka roste. Právě v tom okamžiku nabývá na důležitosti spokojenost zákazníka. Spokojený zákazník se vrací, kupuje pravidelně a je ochoten tolerovat vyšší cenu v případě, že firmě nebo značce věří. Spokojenost znamená loajalitu, stabilní tržby a tzv. snowball efekt (tzn., že zákazník produkt nebo službu doporučuje).

Na základě dlouhodobých zkušeností a výzkumů se uvádí, že cena za udržení jednoho zákazníka je podstatně vyšší než cena za získání nového nebo již jednou ztraceného.

Díky konkurenci, jak už bylo zmíněno, se úroveň kvality stále zvyšuje a sjednocuje. Na jedné straně racionálních důvodů ke koupi ubývá, přibývá však důvodů psychologických a obtížněji měřitelných. Na straně druhé je část zákazníků unavena výběrem a nabídkou stále nových produktů, a proto přechází v určitém věku ke zvyklostnímu chování, toho je třeba využít a najít ten správný systém stabilního měření spokojenosti. [4]

4. Metodika výzkumu

4.1 Plán a realizace marketingového výzkumu

4.1.1 Definování problému a cíle výzkumu

Na jaře roku 2009 uplynuly dva roky od otevření prvního clusteru společnosti Moje ambulance. Jelikož si společnost plně uvědomuje důležitost spokojenosti pacientů s poskytovanými službami, bylo nutné provést marketingový výzkum, na jehož základě by se zjistilo, jak jsou doposud pacienti spokojeni s poskytovanými službami a s dalšími aspekty, které mají vliv na celkovou spokojenost.

Cílem výzkumu bylo navrhnout změny, které by vedly ke zvýšení spokojenosti pacientů a poté doporučit efektivní návrhy či možná řešení na zlepšení v těch případech, ve kterých byla zjištěna nespokojenost.

Před zahájením výzkumu byly určeny hypotézy, které poté tvořily základ při tvorbě dotazníku.

4.1.1.1 Hypotézy

Hypotéza č. 1:

„Pacienti budou více spokojeni s lékaři a zdravotními sestrami než s prostředím a pověstí Mojí ambulance.“

Důvodem pro stanovení této hypotézy a předpokladem nižší spokojenosti se jménem a pověstí, byla negativní kampaň v médiích. Ta byla vedena ze strany privátních praktických lékařů a dalších subjektů a vrhala na společnost špatné světlo v očích veřejnosti. Důvodem předpokladu nižší spokojenosti s prostředím ambulance nebylo její vybavení, ale především její dostupnost pro pacienty. Na jednu ambulanci totiž připadne mnohem více pacientů, než je tomu u privátních praktických lékařů, a je logické, že pro určitou skupinu pacientů bude hůře dostupná.

Hypotéza č. 2:

„Alespoň 40,0 % pacientů se v Mojí ambulanci zaregistrovalo po setkání s náborovým pracovníkem.“

Důvodem tohoto tvrzení byla úspěšná náborová kampaň realizovaná specializovanou agenturou.

Hypotéza č. 3:

„Ve všech attributech bude Moje ambulance u respondentů hodnocena lépe, než jejich předešlý praktický lékař.“

Hlavním motivem pro stanovení této hypotézy byla především důvěra v inovativní systém poskytování primární léčby nabízený Mojí ambulancí.

Hypotéza č. 4:

„Nejméně budou spokojeni ti respondenti, kteří se zaregistrovali po setkání s náborovým pracovníkem.“

Předpokladem pro stanovení tohoto tvrzení byl způsob náboru respondentů do Mojí ambulance uplatňovaný specializovanou agenturou, ten totiž nemusel být sympatický všem respondentům.

4.1.2 Zdroje informací

Při plánování i realizaci výzkumu bylo využito jak primárních, tak sekundárních informací. Zdrojem primárních informací byl dotazníkový výzkum skupiny požadovaných respondentů. Sekundární informace byly čerpány jak z interních, tak z externích zdrojů. Externí zdroje tvořily odborné publikace a internetové stránky, zdrojem interních sekundárních informací byly interní materiály společnosti a konzultace s manažery společnosti.

4.1.3 Harmonogram činností

Schéma činností jak probíhaly v čase je znázorněno v následujícím harmonogramu.

Obr. č. 4.1: Harmonogram činností

Harmonogram činností						
Činnost	Měsíce					
	Listopad 08	Prosinec 08	Leden 09	Únor 09	Březen 09	Duben 09
Definice problému						
Plán výzkumu						
Pilotáž						
Sběr údajů						
Zpracování údajů						
Analýza údajů						
Příprava zprávy						

Zdroj: Vlastní zpracování

4.1.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal v Moravskoslezském kraji, konkrétně pak ve čtyřech clusterech Mojí ambulance (Ostrava Centrum a Poruba, Havířov a Opava). Základní soubor tvořili registrovaní pacienti Mojí ambulance, výběrový soubor pak tvořilo 200 z nich, poměrově stejně rozložených mezi jednotlivé clustery (tzn. 50 pacientů v každé ambulanci).

Dotazování probíhalo v čekárnách jednotlivých clusterů, kdy zdravotní sestry předaly pacientům při jejich příchodu dotazník, ti ho vyplnili a vhodili do připravené sběrné urny. Zdravotní sestry byly proškoleny ohledně vyplňování dotazníku, a v případě nejasností pacientům pomohly.

4.1.4.1 Dotazník

Základním nástrojem byl dotazník, který byl tvořen 23 otázkami rozdělenými do sedmi oddílů. Ty se týkaly lékařů, zdravotních sester, prostředí, jména a pověsti společnosti, způsobu registrace, srovnání Mojí ambulance s předešlým praktickým lékařem a identifikačních znaků.

Nejčastěji byly použity otázky škálového typu, kde měli respondenti ohodnotit dané atributy na škále 1 až 5 jako ve škole, tedy 1 – nejlepší, 5 – nejhorší. Dále byly

použity uzavřené a polouzavřené otázky, kde respondenti vybírali z nabízených možností a také otázky pro sémantický diferenciál, který sloužil pro srovnání Mojí ambulance s předešlým praktický lékařem. U otázek pro sémantický diferenciál se měli respondenti na sedmistupňové škále přiklonit k jednomu z bipolárních přídavných jmen vystihujících určitou oblast např. 1 – velmi krátká čekací doba, 7 – velmi dlouhá čekací doba.

V úvodu dotazníku byl respondentům vysvětlen účel výzkumu a ujištění o jeho anonymitě.

Dotazník byl vytvořen ve čtyřech verzích pro každou ambulanci zvlášť, jediný rozdíl byl v identifikační části, konkrétně v místě bydliště.

Předtím, než byl dotazník použit, proběhla jeho kontrola pomocí pilotáže na vzorku deseti respondentů. Odhalené nedostatky byly opraveny a dotazník mohl být použit k získání požadovaných informací.

4.1.4.2 Problémy při shromažďování dat

Dotazníky byly vyplňovány v čekárně, kde pacienti čekali na návštěvu lékaře. Problém nastal v případě nových pacientů, kteří návštěvu u lékaře v Mojí ambulanci doposud neabsolvovali a nemohli tudíž hodnotit některé atributy spokojenosti. Objevili se také pacienti, kteří dotazník odmítli vyplnit. Takových případů však nebylo mnoho, většina respondentů ochotně spolupracovala a data se podařilo shromáždit v požadovaném množství i čase.

4.1.4.3 Zpracování dat

Zpracování dat proběhlo přenesením odpovědí z dotazníků do elektronické datové matice. Předtím však byla zkontrolována jejich správnost a úplnost a neúplné nebo špatně vyplněné dotazníky byly vyřazeny, aby se nesnížila přesnost výsledků. Poté byla pomocí výpočetní techniky provedena analýza datové matice.

5. Analýza spokojenosti zákazníků

V této části budou vyhodnoceny výsledky měření spokojenosti pacientů se společností Moje ambulance a jí poskytovanými službami, které byly získány prostřednictvím výše zmíněného výzkumu.

Pomocí získaných informací bude analyzována spokojenost s lékaři, zdravotními sestrami, prostředím společnosti a jejím jménem a pověstí. Dále pak způsob registrace pacientů a srovnání Mojí ambulance s předchozím praktickým lékařem. Otázky, které byly v dotazníku použity, jsou rozděleny do skupin, které se dotýkají již zmíněných oblastí, a proto budou vyhodnoceny v dílčích oddílech.

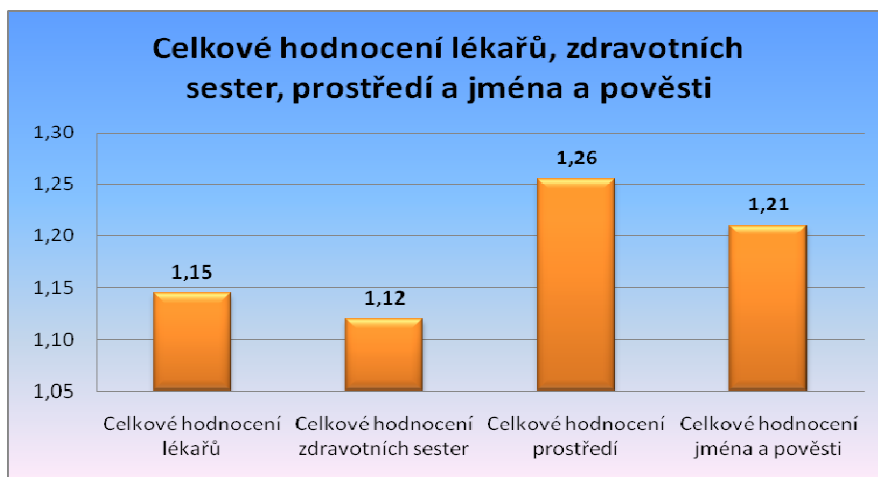
V první řadě, však budou vyhodnoceny hypotézy, které byly v počátku výzkumu stanoveny.

5.1 Vyhodnocení hypotéz

5.1.1 Vyhodnocení hypotézy č. 1

Hypotéza č. 1 zněla: „Pacienti budou více spokojeni s lékaři a zdravotními sestrami než s prostředím a pověstí Mojí ambulance.“

Obr. č. 5.1: Celkové hodnocení lékařů, zdravotních sester, prostředí a jména a pověsti



Zdroj: Vlastní zpracování

Jak je již z grafu patrné, hypotéza č. 1 byla **potvrzena**, jelikož na prvních dvou místech v celkovém hodnocení spokojenosti se umístili zdravotní sestry, s průměrnou známkou 1,12, a lékaři s průměrnou hodnotou 1,15 (pro upřesnění – čím nižší známka, tím větší spokojenost). Za nimi na třetím místě bylo nejlépe hodnoceno

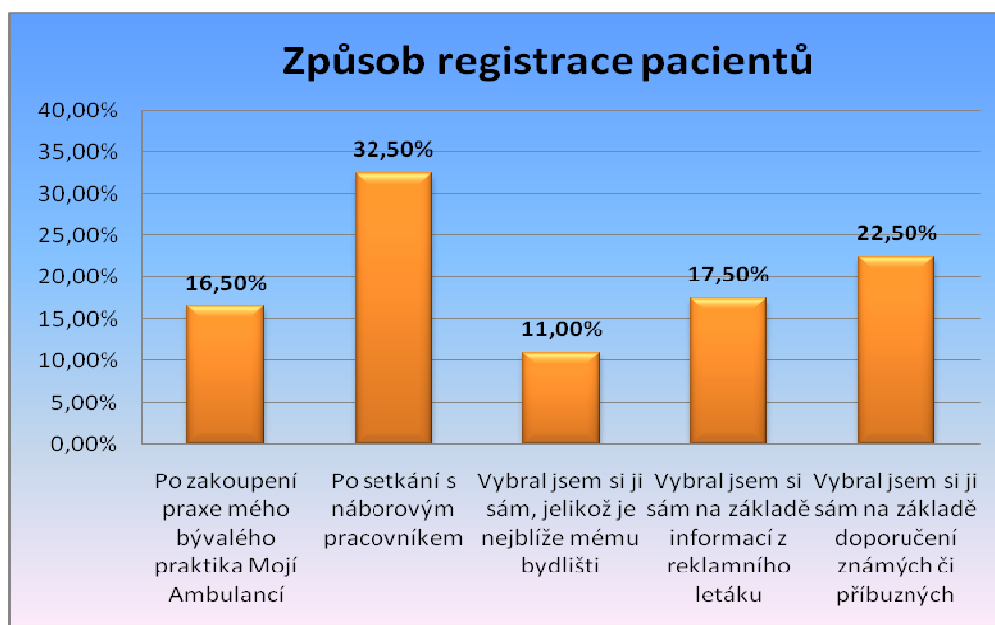
jméno a pověst (1,21) a nejhůře respondenti hodnotili prostředí (1,26). Potvrdil se tedy vliv negativní kampaně a horší dostupnost clusteru.

Podíváme-li se na hodnocení z pohledu mužů a žen, ženy hodnotily všechny atributy víceméně shodně, jako tomu bylo u hodnocení všech respondentů dohromady. U mužů byla průměrná hodnota spokojenosti s uvedenými atributy vyšší a nejhůře muži hodnotili taktéž prostředí a to známkou 1,31. Porovnáme-li spokojenost podle vzdělání, všechny tři skupiny hodnotily lépe lékaře a sestry, než pověst a prostředí. Celkově je nejvíce spokojena skupina osob se středoškolským vzděláním, která hodnotila známkou 1,16, hned za ní jsou vysokoškolsky vzdělaní lidé (1,17) a nejvyšší známku udělovali lidé se základním vzděláním (1,21). Při rozčlenění respondentů do věkových skupin již nalezneme výraznější rozdíly, především mezi skupinou od 16 do 29 let a skupinou od 60 a více let. U první jmenované skupiny se hodnocení pohybovalo v intervalu od 1,25 do 1,42 a nejhůře bylo hodnoceno jméno a pověst společnosti. U druhé jmenované skupiny se hodnocení pohybovalo v průměru od 1,00 do 1,13 a nejhorší známkou byly hodnoceny zdravotní sestry.

5.1.2 Vyhodnocení hypotézy č. 2

Hypotéza č. 2 byla stanovena takto: „Alespoň 40,0 % pacientů se v Mojí ambulanci zaregistrovalo po setkání s náborovým pracovníkem.“

Obr. č. 5.2: Způsob registrace pacientů



Zdroj: Vlastní zpracování

Po vyhodnocení údajů týkajících se způsobu registrace pacientů bylo jasné, že se hypotéza č. 2 **nepotvrdila**, jelikož pacientů, kteří se zaregistrovali po setkání s náborovým pracovníkem, bylo 32,5 %. I přesto se tímto způsobem zaregistrovalo nejvíce pacientů, takže zapojení specializované agentury bylo správným krokem. Druhým nejčastějším způsobem registrace pacientů bylo na základě doporučení známých či příbuzných (22,5 %). Na základě informací z reklamního letáku se zaregistrovalo 17,5 % dotázaných, 16,5 % pacientů přešlo do Mojí ambulance po zakoupení praxe jejich bývalého praktického lékaře a nejméně pacientů (11 %) si vybralo Mojí ambulanci, jelikož je nejbližší k jejich bydlišti.

Taktéž mužů a žen se nejvíce zaregistrovalo po setkání s náborovým pracovníkem (muži – 35,0 %, ženy – 30,8 %), naopak nejmenší procento mužů (12,5%) se zaregistrovalo na základě informací z reklamního letáku, zde se také nejvíce lišili od žen, kterých se tímto způsobem zaregistrovalo 20,8 %. Nejméně žen si vybralo Mojí ambulanci, jelikož je nejbližší k jejich bydlišti (9,2 %).

U rozdělení respondentů do věkových skupin byly výsledky velice rozmanité. Největší procento respondentů zaregistrovaných po setkání s náborovým pracovníkem bylo u osob od 16 do 29 let, a sice 52,1 %, naopak nejmenší bylo u skupiny 60 let a více. Profilově se lišila skupina od 50 do 59 let, kde se nejvíce osob zaregistrovalo na základě doporučení známých či příbuzných (35,7 %), a poté skupina 60 let a více, kde největší množství respondentů zůstalo v Mojí ambulanci po zakoupení jejich praxe bývalého praktika.

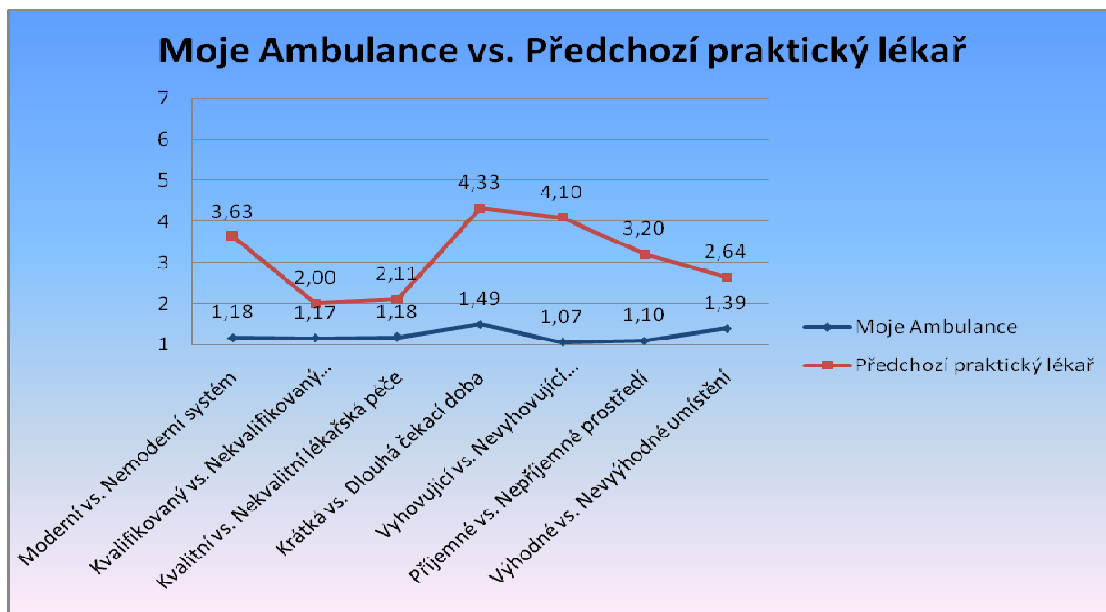
U osob se základním a vysokoškolským vzděláním také tvořilo největší procento registrace po setkání s náborovým pracovníkem (44,7 % a 26,9 %). Lišili se středoškolsky vzdělaní lidé, kteří jako nejčastější způsob registrace uvedli na základě doporučení známých a příbuzných (30,3 %).

Podíváme-li se na srovnání měst, zjistíme, že Ostrava (Centrum i Poruba) a Havířov se profilově víceméně nelišily, výjimku tvořila Opava, kde se lidé nejčastěji registrovali na základě informací z reklamního letáku a doporučení známých či příbuzných (oba shodně 30,0 %).

5.1.3 Vyhodnocení hypotézy č. 3

Hypotéza č. 3 zněla: „Ve všech atributech bude Moje ambulance u respondentů hodnocena lépe než jejich předešlý praktický lékař.“

Obr. č. 5.3: Moje ambulance vs. Předchozí praktický lékař



Zdroj: Vlastní zpracování

Jak je z grafu jasně vidět, hypotéza č. 3 byla jednoznačně **potvrzena**, jelikož ve všech zkoumaných atributech předčila Moje ambulance zkušenosti respondentů s jejich předchozím praktickým lékařem.

Hodnoty na ose X zastupují příslovce, které dokreslují jedno z bipolárních přídavných jmen např. 1 – velmi moderní systém nebo 7 – velmi nemoderní systém.

Největší rozdíly byly v hodnocení ordinačních hodin, kdy u Mojí ambulance byla průměrná hodnota 1,07 a u předešlého praktika 4,1, a u délky čekací doby, kde byla ohodnocena Moje ambulance hodnotou 1,49 a předešlý praktický lékař hodnotou 4,33. Naopak nejmenší rozdíly byly v hodnocení kvalifikovanosti personálu, kvalitě lékařské péče a výhodnosti umístění, kde se rozdíly pohybovaly kolem 1.

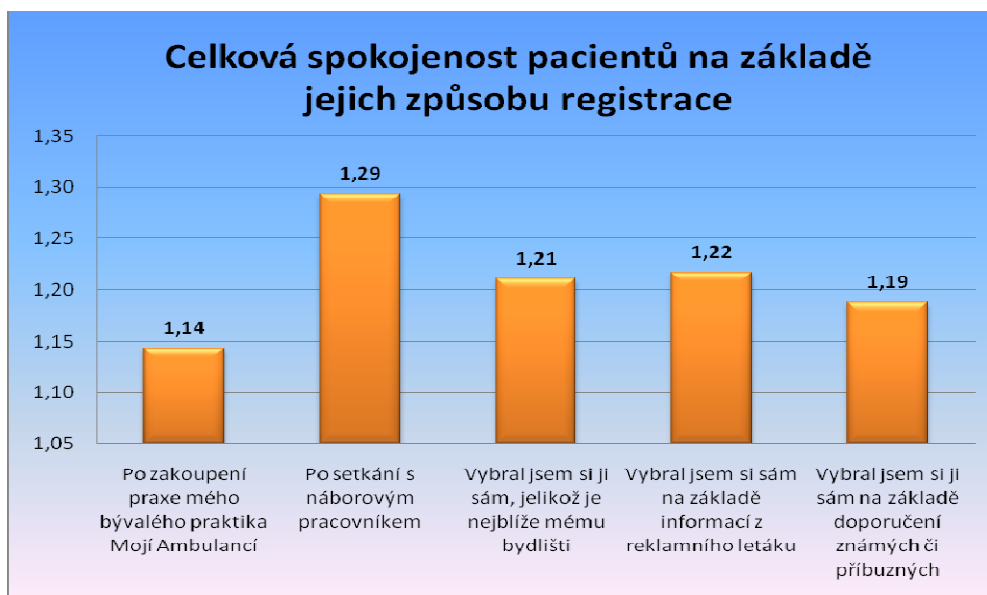
U mužů a žen se hodnocení jednotlivých atributů téměř kopírovalo, jediné výraznější rozdíly byly v hodnocení ordinačních hodin a délky čekací doby u předešlého lékaře, které ženy hodnotily negativněji než muži.

Z pohledu vzdělání respondentů byly rozdíly v hodnocení zcela minimální a profilově kopírovaly celkové hodnocení všech respondentů dohromady.

5.1.4 Vyhodnocení hypotézy č. 4

Hypotéza č. 4 byla stanovena takto: „Nejméně budou spokojeni ti respondenti, kteří se zaregistrovali po setkání s náborovým pracovníkem“

Obr. č. 5.4: Celková spokojenost pacientů na základě jejich způsobu registrace



Zdroj: Vlastní zpracování

Taktéž hypotéza č. 4 byla po analýze získaných informací **potvrzena**, jelikož v závislosti celkové spokojenosti na způsobu registrace pacientů byli nejméně spokojeni ti respondenti, kteří se zaregistrovali po setkání s náborovým pracovníkem (1,29). Za nimi byli pacienti, kteří se zaregistrovali na základě informací z reklamního letáku (1,22), dále ti respondenti, kteří se zaregistrovali na základě blízké vzdálenosti od svého bydliště (1,21) a ti, kteří si vybrali Moji ambulanci po doporučení známých či příbuzných (1,19). Nejvíce byli spokojeni respondenti, kteří se v Mojí ambulanci ocitli po zakoupení praxe jejich bývalého praktika (1,14).

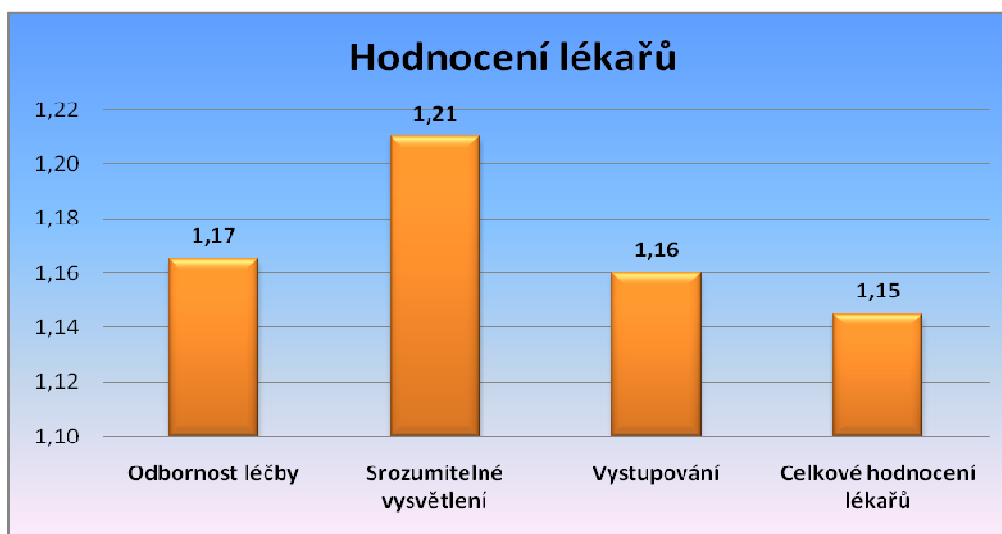
Podíváme – li se na rozdíly mezi jednotlivými hodnocení, tak zjistíme, že jsou velmi malé a nehrají na celkovém hodnocení významnější roli.

5.2 Analýza spokojenosti s lékaři

První soubor otázek byl věnován lékařům, respondenti v nich hodnotili, jak jsou spokojeni s odborností léčby, jak srozumitelně je jim vysvětlováno dávkování léků či prognóza vývoje nemoci, dále hodnotili vystupování lékařů a na závěr udělovali známku, která vyjadřovala jejich celkovou spokojenost s lékaři.

Hodnocení probíhalo formou známkování jako ve škole, tzn. 1 – nejlepší hodnocení, 5 – nejhorší hodnocení.

Obr. č. 5.5: Hodnocení lékařů



Zdroj: Vlastní zpracování

Odbornost léčby

V první otázce bylo zjišťováno, jak vnímají pacienti odbornost léčby poskytovanou lékaři v Mojí ambulanci.

Po analýze údajů všech respondentů byla odbornost léčby ohodnocena průměrnou známkou 1,17. Z pohledu mužů a žen byl v hodnocení velmi malý rozdíl, muži odbornost ohodnotili známkou 1,23 a ženy 1,13.

Po rozdělení respondentů do věkových skupin, hodnotila odbornost nejlépe skupina od 60 let a více (1,04), naopak nejméně spokojena byla skupina od 16 do 29 let (1,35). Mezi zbylými věkovými skupinami byly rozdíly minimální, jejich průměrné hodnocení se pohybovalo od 1,10 do 1,14.

Z pohledu vzdělání byli nejvíce spokojeni lidé se základním vzděláním (1,11), o něco méně pak středoškolsky vzdělaní lidé (1,19) a nejméně byly s odborností spokojeny osoby s vysokoškolským vzděláním (1,27). V porovnání měst dopadla nejlépe Opava (1,06), nejhůře byl hodnocen cluster v Ostravě - Porubě.

Srozumitelné vysvětlení

V pořadí druhé otázky byli respondenti požádáni o hodnocení spokojenosti se srozumitelným vysvětlením týkajícím se dávkování léků, prognóze vývoje nemoci a léčby obecně.

Tento atribut byl v rámci hodnocení lékařů hodnocen nejhůře, byla mu respondenty udělena známka 1,21.

Muži byli opět spokojeni o něco méně, průměrná hodnota jejich hodnocení byla 1,33, u žen to bylo 1, 13.

Z pohledu věkových skupin byla opět nejvíce spokojena skupina osob nad 60 let (1,08) a nejméně opět skupina od 16 do 29 let (1,38).

I po rozdělení respondentů do skupin podle vzdělání se situace opakovala. Nejlépe hodnotili srozumitelnost vysvětlení lidé se základním vzděláním (1,16), nejhůře vysokoškolsky vzdělaní lidé (1,38).

V porovnání clusterů podle měst byla opět nejlépe hodnocena Opava (1,14), nejméně spokojeni byli respondenti tentokrát s Ostravou – Centrum (1,28).

Vystupování lékařů

Otázka č. 3 se týkala vystupování lékařů, tzn., zdali se chovají vůči pacientům ochotně a nenadřazeně.

Po analýze odpovědí bylo zjištěno, že s vystupováním lékařů jsou respondenti spokojeni, jelikož mu udělili známku 1,16.

Muži hodnotili vystupování lékařů známkou 1,25, ženy hodnotili známkou o něco lepší, a sice 1,10.

U věkových skupin byl největší rozdíl mezi skupinou od 40 do 49 let a skupinou od 16 do 29 let. První jmenovaná hodnotila vystupování nejlépe, jak mohla, tzn., známkou 1,00 naproti tomu druhá zmíněná ho hodnotila známkou 1,42.

V porovnání respondentů rozdělených podle vzdělání byly nejvíce spokojeny osoby se středoškolským vzděláním (1,07), o něco méně pak lidé se základním vzděláním (1,18) a nejmenší spokojenost vyjádřili vysokoškolsky vzdělaní lidé (1,42).

V hodnocení dle měst dopadla opět nejlépe Opava (1,02), nejhůře tentokrát Ostrava – Poruba (1,30).

Celkové hodnocení lékařů

V poslední otázce týkající se lékařů, tedy otázky čtvrté, respondenti udělovali souhrnnou známku vystihující jejich celkovou spokojenost s lékaři.

Výzkum ukázal, že respondenti jsou s lékaři celkově velmi spokojeni, jelikož jim udělili známku 1,15.

Mezi hodnocením mužů a žen byl sice zanedbatelný rozdíl, ale i celkové hodnocení ukázalo, že muži hodnotí lékaře, jak v jednotlivých atributech tak celkově, o něco hůře než ženy (muži – 1,19, ženy – 1,12).

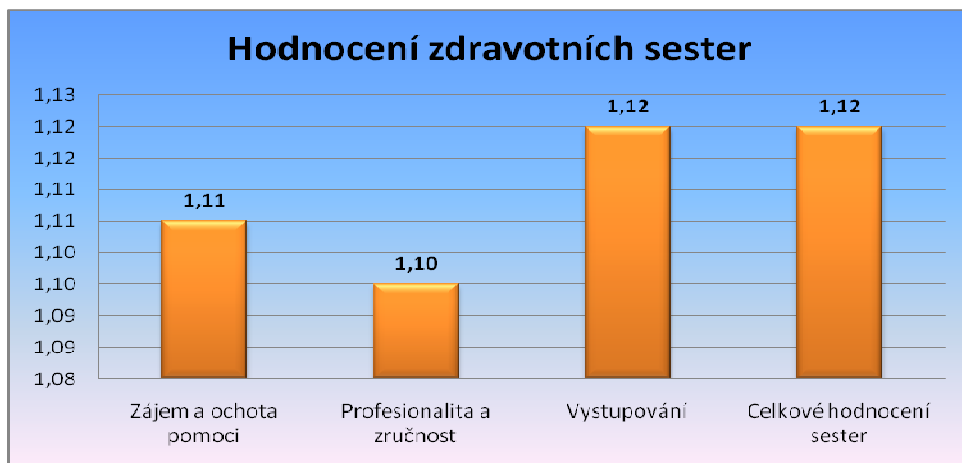
Z pohledu věkových skupin byli tentokrát nejvíce spokojeni lidé ve věku od 60 let a více (1,04), a nejméně skupina od 16 do 29 let (1,25). Rozdíly ostatních skupin byly minimální.

Co se týče spokojenosti v závislosti na vzdělání, nejlépe hodnotili lékaře vysokoškolsky vzdělaní lidé (1,04), o něco hůře hodnotili spokojenost lidé se základním vzděláním (1,15) a nejméně spokojeni byly středoškolsky vzdělané osoby (1,17). V porovnání měst dopadla opět nejlépe Opava (1,02), nejhůře byli hodnoceni lékaři v Ostravě – Porubě (1,28).

5.3 Analýza spokojenosti se zdravotními sestrami

Další soubor otázek byl věnován zdravotním sestrám, v něm respondenti hodnotili zájem a ochotu, s jakou sestry pomáhají pacientům, dále jejich profesionalitu a zručnost např. při měření tlaku, krevních odběrech apod., spokojenost s jejich vystupováním, a na závěr udělovali známku, která vyjadřovala jejich celkovou spokojenost se zdravotními sestrami.

Obr. č. 5.6: Hodnocení zdravotních sester



Zdroj: Vlastní zpracování

Zájem a ochota pomoci

V otázce č. 5 respondenti hodnotili zájem a ochotu zdravotních sester.

Po analýze odpovědí bylo zjištěno, že respondenti jsou s tímto atributem velmi spokojeni, jelikož mu udělili známku 1,11.

Rozdíl v hodnocení mužů a žen byl téměř nulový, muži ocenili zájem a ochotu pomoci známkou 1,10, ženy známkou 1,11.

U věkových skupin byly rozdíly taktéž velmi malé, nejlepší známkou hodnotila skupina od 60 let a více (1,00), nejvyšší známku udělila skupina od 16 do 29 let (1,17).

Z pohledu vzdělání byl tento atribut nejlépe hodnocen vysokoškolsky vzdělanými osobami (1,08), druhé nejlepší hodnocení získal od osob se středoškolským vzděláním (1,10) a nejvyšší známkou ho hodnotily osoby se základním vzděláním (1,08).

V porovnání měst dostal v této oblasti nejnižší známku cluster v Havířově (1,00), nejvyšší známku získal cluster v Ostravě – Porubě (1,24).

Profesionalita a zručnost

Otázka č. 6 zjišťovala, zdali se sestry chovají profesionálně a zručně např. při odběrech krve, měření tlaku apod.

Výzkum ukázal, že pacienti jsou s profesionalitou a zručností velmi spokojeni, hodnotili ji známkou 1,10.

U mužů a žen byl tentokrát nepatrně větší rozdíl v hodnocení (muži – 1,15, ženy - 1,06).

Po rozdělení respondentů na základě věku, udělila nejnižší známku skupina od 50 do 59 let (1,04), naopak nejvyšší známkou hodnotila skupina od 16 do 29 let (1,17).

Také lidé s vysokoškolským vzděláním byli s profesionalitou a zručností velmi spokojeni (1,04), naopak nejméně spokojeni byli lidé se základním vzděláním (1,15). Středoškolsky vzdělaní lidé ji hodnotili známkou 1,06.

Z pohledu měst byli respondenti nejvíce spokojeni v Havířově (1,00), nejméně v Ostravě - Porubě (1,24).

Vystupování zdravotních sester

Spokojenost pacientů s vystupováním sester tzn. ochotou, nenadřazeností apod., byla hodnocena v otázce č. 7.

Respondenti vyjádřili s tímto atributem velkou spokojenost, jelikož mu udělili známku 1,12.

Rozdíl v hodnocení mužů a žen byl velmi malý, muži ocenili profesionalitu a zručnost známkou 1,15, ženy známkou 1,06.

U věkových skupin byly rozdíly taktéž velmi malé, nejlepší známkou hodnotila skupina od 50 do 59 let (1,04), nejvyšší známku udělila opět skupina od 16 do 29 let (1,17).

Co se týče spokojenosti v závislosti na vzdělání, nejlepší hodnocení udělili vysokoškolsky vzdělaní lidé (1,04), o něco hůře hodnotili spokojenost lidé se středoškolským vzděláním (1,06) a nejméně spokojeny byly osoby se základním vzděláním (1,15). V porovnání měst dopadl opět nejlépe Havířov (1,00), nejhůře byly hodnoceny Ostravské clustery (1,18).

Celkové hodnocení sester

Závěrečná otázka (č. 08) oddílu zdravotních sester se týkala celkové spokojenosti s nimi.

Respondenti ji, tak jako předchozí atributy, hodnotili velmi pozitivně, a sice známkou 1,12.

Rozdíl v hodnocení mužů a žen byl téměř nulový, muži ohodnotili spokojenost se zdravotními sestrami známkou 1,14, ženy známkou 1,11.

Z pohledu věkových skupin byli tentokrát nejvíce spokojeni lidé ve věku od 50 do 59 let (1,04), a nejméně skupina od 16 do 29 let (1,25). Rozdíly ostatních skupin byly minimální.

Z pohledu vzdělání byly zdravotní sestry nejlépe hodnoceny středoškolsky vzdělanými osobami (1,07), druhé nejlepší hodnocení získal od osob s vysokoškolským vzděláním (1,15) a nejvyšší známkou ho hodnotily osoby se základním vzděláním (1,16).

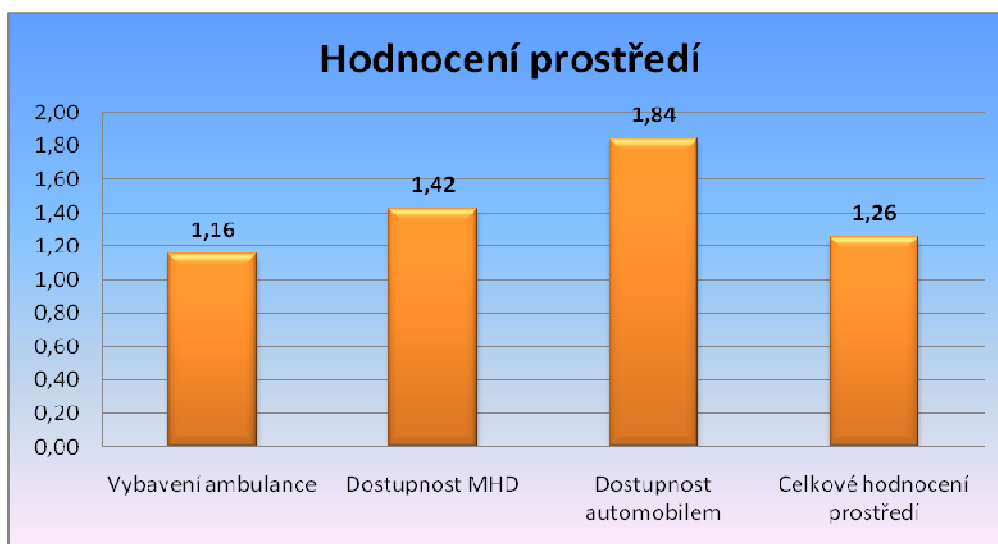
Z pohledu měst byli respondenti nejvíce spokojeni v Havířově (1,00), nejméně v Ostravě - Porubě (1,26).

5.4 Analýza spokojenosti s prostředím

V části, která se týkala prostředí Mojí ambulance, byla souborem otázek zjišťována spokojenost s vybavením clusteru (čekárna, ordinace, WC apod.), jeho dostupností prostřednictvím MHD a automobilu, a na závěr udělovali respondenti souhrnnou známku vyjadřující úroveň spokojenosti s prostředím Mojí ambulance.

Hodnocení probíhalo stejným způsobem jako u předchozích částí, jediná výjimka byla u otázek souvisejících s dostupností clusteru, kde pacienti, kteří nepoužívají k přepravě do Mojí ambulance ani automobil ani MHD, hodnotili známkou 9 a nebyli poté do celkového hodnocení tohoto atributu zahrnuti.

Obr. č. 5.7: Hodnocení prostředí



Zdroj: Vlastní zpracování

Vybavení ambulance

Spokojenost s vybavením ambulancí se hodnotila v otázce č. 9 a respondenti vyjádřili velkou spokojenost, když jí udělili známku 1,16.

U hodnocení mužů a žen byl tentokrát nepatrně větší rozdíl, muži udělili známku 1,26 a ženy 1,08.

U věkových skupin byli nejvíce spokojeni lidé od 40 do 49 let a lidé od 60 let a více (obě skupiny hodnotily známkou 1,08), nejvyšší známku udělila skupina od 16 do 29 let (1,29).

Z pohledu vzdělání byl tento atribut nejlépe hodnocen vysokoškolsky vzdělanými osobami (1,12), druhé nejlepší hodnocení získal od osob se středoškolským vzděláním (1,13) a nejvyšší známkou ho hodnotily osoby se základním vzděláním (1,19).

Dostupnost Městskou hromadnou dopravou (MHD)

V otázce č. 10 byla hodnocena dostupnost clusteru městskou hromadnou dopravou.

Zde bylo hodnocení o něco horší než u předchozích otázek, respondenti ohodnotili dostupnost MHD známkou 1,42. Důvod menší spokojenosti byl již diskutován v první hypotéze.

Mezi hodnocením mužů a ženy byl velmi malý rozdíl, muži hodnotili známkou 1,46, ženy známkou 1,39.

Z pohledu věkových skupin byli nejvíce spokojeni lidé ve věku od 60 let a více (1,19), a nejméně skupina od 50 do 59 let (1,75).

Z pohledu vzdělání byla dostupnost MHD nejlépe hodnocena lidmi se základním vzděláním (1,24), lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním udělili shodně známkou 1,56.

Zajímavé bylo porovnání měst, zde se jako nejlépe dostupný ukázala cluster v Havířově (1,32), hned před Ostravskými clustery (1,33, 1,37) a jako nejhůře dostupný byl označen cluster v Opavě (1,70).

Dostupnost automobilem

V otázce č. 11 byla hodnocena dostupnost clusteru prostřednictvím automobilu.

Po analýze výsledků se ukázalo, že tento atribut byl hodnocen nejhůře. Respondenti mu udělili známkou 1,84 a vyjádřili tak, v porovnání s ostatními atributy, mírnou nespokojenost.

Z pohledu pohlaví byl v hodnocení malý rozdíl, muži vyjádřili větší nespokojenost než ženy, když udělili známkou 2,09, u žen byla tato známka 1,64.

U věkových skupin vyjádřili největší nespokojenost lidé ve věku od 50 do 59 let (2,28), nejlepší známku pak udělily osoby ve věku od 60 let a více (1,60).

Z pohledu vzdělání byla dostupnost automobilem nejlépe hodnocena lidmi se základním vzděláním (1,60), lidé se středoškolským vzděláním hodnotili známkou 1,94 a lidé s vysokoškolským vzděláním známkou 2,21.

Důležité bylo porovnání měst, jako nejlépe dostupný se ukázala cluster v Havířově (1,13), o něco méně pak Ostravské clustery (1,77, 1,90) a za jednoznačně nejhůře dostupný byl označen cluster v Opavě (2,97).

Celkové hodnocení prostředí

V otázce č. 12 respondenti hodnotili celkovou spokojenost s prostředím Mojí ambulance.

I přes relativní nespokojenost s dostupností clusterů, hodnotili respondenti celkovou spokojenost s prostředím ambulance velmi kladně (1,26).

Rozdíl v hodnocení mužů a žen byl téměř nulový, muži ohodnotili spokojenost s prostředím známkou 1,31, ženy známkou 1,22.

U věkových skupin vyjádřili největší nespokojenost lidé ve věku od 16 do 29 let (1,38), nejlepší známku pak udělily osoby ve věku od 60 let a více (1,08).

Z pohledu vzdělání bylo prostředí nejlépe hodnoceno lidmi se středoškolským vzděláním (1,21), lidé se základním a vysokoškolským vzděláním hodnotili téměř shodnou známkou (1,29 a 1,27).

V porovnání měst, se jako nejlépe hodnocený ukázala cluster v Havířově (1,12), nejvyšší známku dostal cluster v Ostravě – Centrum (1,46).

5.5 Analýza spokojenosti se jménem a pověstí společnosti

Další soubor otázek se zabýval jménem a pověstí s jakou je společnost vnímána u veřejnosti. Konkrétně respondenti hodnotili kvalitu péče, erudovanost odborníků a na závěr celkovou spokojenost se jménem a pověstí.

Obr. č. 5.8: Hodnocení pověsti



Zdroj: Vlastní zpracování

Kvalita péče

V otázce č. 13 hodnotili respondenti kvalitu péče poskytovanou Mojí ambulancí.

Po analýze získaných odpovědí lze konstatovat, že respondenti jsou s kvalitou poskytované péče velmi spokojeni, důkazem toho je udělená známka (1,14).

Muži tentokrát hodnotili kvalitu péče o něco negativněji než ženy, jejich průměrná známka byla 1,20, naproti tomu ženy ohodnotily kvalitu péče známkou 1,09.

Z pohledu věkových skupin byli nejvíce spokojeni lidé ve věku od 60 let a více (1,00), a nejméně skupina od 16 do 29 let (1,23). Rozdíly mezi všemi skupinami však byly velmi malé.

Z pohledu vzdělání byla kvalita péče nejlépe hodnocena lidmi se základním vzděláním (1,12), lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním udělili shodně známkou 1,15.

V porovnání měst, se jako nejlépe hodnocený ukázala cluster v Opavě (1,04), nejvyšší známku dostal cluster v Ostravě – Porubě (1,26).

Erudovanost odborníků

V otázce č. 14 byli respondenti požádáni o hodnocení erudovanosti pracovníku Mojí ambulance, tzn. lékařů a zdravotních sester.

Prostřednictvím svých odpovědí vyjádřili i s tímto atributem velkou spokojenost, udělili mu známku (1,20).

Muži opět hodnotili o něco negativněji než ženy, jejich průměrná známka byla 1,34, naproti tomu ženy ohodnotily erudovanost odborníků známkou 1,11.

U věkových skupin vyjádřili největší nespokojenost lidé ve věku od 16 do 29 let (1,44), nejlepší známku pak udělily osoby ve věku od 60 let a více (1,00).

Z pohledu vzdělání byla erudovanost odborníků nejlépe hodnocena lidmi se středoškolským vzděláním (1,18), lidé se základním vzděláním hodnotili známkou 1,19 a lidé s vysokoškolským vzděláním známkou 1,31.

V porovnání měst, se jako nejlépe hodnocený ukázala cluster v Opavě (1,02), nejvyšší známku dostal cluster v Ostravě – Centrum (1,36).

Celkové hodnocení jména a pověsti

V poslední otázce týkající se jména a pověsti společnosti (otázka č. 15), udělovali respondenti souhrnnou známku, která vyjadřovala jejich celkovou spokojenost s tímto atributem.

Respondenti ji, tak jako předchozí atributy, hodnotili velmi pozitivně, a sice známkou 1,21.

Rozdíl v hodnocení mužů a žen byl téměř nulový, muži ohodnotili spokojenost se zdravotními sestrami známkou 1,23, ženy známkou 1,20.

Z pohledu věkových skupin byli tentokrát nejvíce spokojeni lidé ve věku od 60 let a více (1,04), a nejméně skupina od 16 do 29 let (1,42).

Z pohledu vzdělání bylo jméno a pověst nejlépe hodnoceno středoškolsky vzdělanými osobami (1,18), druhé nejlepší hodnocení bylo od osob s vysokoškolským vzděláním (1,23) a nejvyšší známkou hodnotily osoby se základním vzděláním (1,24).

Z pohledu měst byli respondenti nejvíce spokojeni v Opavě (1,16), nejméně v Ostravě - Porubě (1,30).

5.6 Analýza způsobu registrace pacientů

Způsob registrace pacientů (otázka č. 16) byl již analyzován ve druhé hypotéze, která se také týkala způsobu registrace pacientů, proto jsou zde uvedeny pouze základní výsledky bez druhotného členění.

Nejčastěji se pacienti zaregistrovali po setkání s náborovým pracovníkem, tímto způsobem se zaregistrovalo 32,5 %. Druhým nejčastějším způsobem registrace pacientů bylo na základě doporučení známých či příbuzných (22,5 %). Na základě informací z reklamního letáku se zaregistrovalo 17,5 % dotázaných, 16,5 % pacientů přešlo do Mojí ambulance po zakoupení praxe jejich bývalého praktického lékaře a nejméně pacientů (11,0 %) si vybralo Mojí ambulanci, jelikož je nejbližší k jejich bydlišti.

Ze zjištěných výsledků je vidět, že se společnosti vyplatilo angažovat specializovanou agenturu na nábor nových pacientů.

5.7 Analýza srovnání Mojí ambulance s předešlým praktickým lékařem

Předposlední část dotazníku se zabývala srovnáním Mojí Ambulance a předchozího praktického lékaře, skládala se z dvou baterií stejných otázek, kdy jedna baterie charakterizovala Mojí ambulanci a druhá předchozího praktického lékaře. Respondenti poté označili jedno číslo na sedmistupňové škále, které charakterizovalo jejich vnímání daného atributu (1 – velmi krátká čekací doba, 7 – velmi dlouhá čekací doba. Tento postup opakovali u všech atributů, kterých bylo dohromady 14 ($2 \cdot 7$).

Jelikož bylo toto srovnání již analyzováno ve třetí hypotéze, připomene si zde pouze základní výsledky.

Respondenti hodnotili u obou subjektů tyto atributy: systém, personál, lékařskou péči, čekací dobu, ordinační hodiny, prostředí a umístění.

Po analýze výsledků bylo zjištěno, že ve všech attributech hodnotili respondenti lépe Mojí ambulanci než svého předchozího praktického lékaře. U všech atributů spojených s Mojí ambulancí se hodnocení pohybovalo kolem 1, byly tedy hodnoceny velmi pozitivně. Největší rozdíly byly v hodnocení ordinačních hodin, kdy u Mojí ambulance byla průměrná hodnota 1,07 a u předešlého praktika 4,1, a u délky čekací doby, kde byla ohodnocena Moje ambulance hodnotou 1,49 a předešlý praktický lékař hodnotou 4,33. Naopak nejmenší rozdíly byly v hodnocení kvalifikovanosti personálu, kvalitě lékařské péče a výhodnosti umístění, kde se rozdíly pohybovali kolem 1.

Vstup společnosti na trh tedy pacienti jednoznačně přivítali, nejvíce pak ocenili délku ordinačních hodin a krátkou čekací dobu, s těmi byli u předchozích praktických lékařů evidentně nespokojeni.

5.8 Identifikační údaje respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem 200 respondentů, jak již bylo zmíněno, probíhal ve 4 clusterech Mojí ambulance v Havířově, Opavě a Ostravě.

Tabulka č. 5.1: Identifikační údaje respondentů

Pohlaví	Počet	Počet v %
Ženy	120	60,0%
Muži	80	40,0%
Věk	Počet	Počet v %
16 - 29 let	48	24,0%
30 - 39 let	49	24,5%
40 - 49 let	51	25,5%
50 - 59 let	28	14,0%
60 let a více	24	12,0%
Vzdělání	Počet	Počet v %
základní, vyučen	85	42,5%
středoškolské s maturitou	89	44,5%
vysokoškolské	26	13,0%
Region bydliště	Počet	Počet v %
Ostrava	76	38,0%
do 5km od Ostravy	11	5,5%
více než 5km od Ostravy	13	6,5%
Opava	26	13,0%
do 5km od Opavy	6	3,0%
více než 5km od Opavy	18	9,0%
Havířov	38	19,0%
do 5km od Havířova	9	4,5%
více než 5km od Havířova	3	1,5%
Velikost bydliště	Počet	Počet v %
do 5000 obyvatel	37	18,5%
5000 - 50000 obyvatel	28	14,0%
nad 50 000 obyvatel	135	67,5%

60,0 % respondentů tvořily ženy, muži tedy tvořili zbylých 40,0 %.

Nejpočetněji byly zastoupeny tři věkové skupiny od 16 do 49 let, dohromady tvořily 74,0% respondentů. Naopak nejméně zastoupeni byli lidé od 60 let a více (12,0 %).

Z pohledu vzdělání byli nejvíce zastoupeni středoškolsky vzdělaní lidé (44,5%), jen o něco méně bylo osob se základním vzděláním (42,5 %) a nejméně bylo ve vzorku vysokoškolsky vzdělaných osob (13,0 %).

Dále bylo zjištěno, že respondenti nejčastěji bydlí přímo ve městě, kde jsou zaregistrováni u Mojí ambulance, dohromady 70,0 %. Překvapivě velký počet osob bydlí více než 5km od Opavy, kde jsou zaregistrováni (9,0 %). I u Ostravy bylo toto číslo relativně vysoké (6,5 %).

Poslední identifikační údaj se týkal velikosti bydliště, tento údaj se samozřejmě

Zdroj: Vlastní zpracování

odvíjel od regionu bydliště, proto nebylo překvapením, že nejvíce respondentů bydlí v městě, které má nad 50 000 obyvatel (67,5 %).

6. Návrhy a doporučení

6.1 Návrhy na zvýšení spokojenosti pacientů

Jelikož z výzkumu vyplynulo, že s většinou zkoumaných oblastí jsou pacienti nadmíru spokojeni, možných návrhů na zlepšení není mnoho. Jednou z výjimek, se kterou byli respondenti spokojeni o něco méně, byla dostupnost clusterů automobilem. Konkrétně si respondenti stěžovali na nedostatek parkovacích míst. Zde bych tedy společnosti navrhol **rozšíření parkovacích míst**, a to buď vybudováním míst nových (tento postup je však finančně náročnější), nebo využitím stávajících parkovacích míst u blízkých nákupních center, kde by mohla být po domluvě s provozovatelem část míst pronajímána a rezervována pro pacienty Mojí ambulance.

Dále byla zjištěna mírná nespokojenost u osob, které se zaregistrovaly po setkání s náborovým pracovníkem. Jako hlavní důvod svého negativního hodnocení uváděli tito lidé informace, které jim poskytla náborová agentura a které se podle nich neshodují se skutečností. Společnost by tedy měla apelovat na **dodržování určitého postupu**, kterým se agentura řídí při náboru nových pacientů, aby znovu nedocházelo k jejich dezinformaci. Zároveň by měla u nově příchozích pacientů zjistit, jakým způsobem se zaregistrovali, a případně uvést jejich informace o Mojí ambulanci na pravou míru.

Poslední návrh na zvýšení spokojenosti pacientů se týká vybavení ambulance. Jako taková sice byla hodnocena pozitivně, ale mnoho pacientů si v dotaznících stěžovalo na nemožnost občerstvení v době čekání na ošetření a navrhovalo **umístění barelu s pitnou vodou**. Myslím si, že pro společnost je to malá investice a v porovnání s pozitivním vlivem, který bude mít na spokojenost pacientů, se vyplatí. Průměrná cena podlahového výdejníku na vodu je zhruba **5000 Kč**. Barel s vodou o objemu 18,9 litrů stojí cca 140 Kč, ročně by se jich v jednom clusteru spotřebovalo zhruba 66 ks, to znamená, že roční náklady na vodu by činily **9240 Kč**.

6.2 Další možnosti využití výzkumu

Kromě využití výzkumu pro zvýšení spokojenosti svých pacientů, může společnost využít výzkum i pro jiné účely.

Jelikož dopadly výsledky pro Moji ambulanci více než dobře, může jej použít jako argumentaci při vyjednávání se zdravotními pojišťovnami, neboť pojišťovny nabídnou mnohem snadněji výhodnější podmínky té společnosti, která je renomovaná a má spokojenou klientelu.

Dále s ním může argumentovat při jednání s krajskou komisí, která rozhoduje o udělení povolení pro provozování zdravotnických zařízení, a tudíž je její rozhodnutí pro společnost klíčové.

V neposlední řadě jej může využít při komunikaci s médii, jako odpověď na různá negativní obvinění, která se ji snaží poškodit.

7. Závěr

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo prostřednictvím marketingového výzkumu zjistit, jak jsou doposud pacienti spokojeni se službami, které jim nabízí společnost Moje ambulance, výsledky výzkumu dále analyzovat a na jejich základě vypracovat návrhy a doporučení, které odstraní zjištěné nedostatky a povedou ke zvýšení spokojenosti pacientů.

Data pro výzkum byla získána z primárních i sekundárních zdrojů. Sekundárními zdroji byla odborná literatura a internetové zdroje týkající se zkoumané problematiky. Zdrojem primárních dat byl marketingový výzkum, který byl realizován formou dotazníků. V dotazníku respondenti hodnotili spokojenost s lékaři, zdravotními sestrami, prostředím a se jménem a pověstí společnosti. Dále byli požádáni o srovnání Mojí ambulance se svým předchozím praktickým lékařem a o uvedení způsobu své registrace.

Z výzkumu vyplynulo, že pacienti jsou velmi spokojeni s většinou zkoumaných atributů, nižší míru spokojenosti vyjádřili respondenti pouze u dostupnosti clusterů automobilem. Méně spokojeni byli také ti pacienti, kteří se zaregistrovali po setkání s náborovým pracovníkem.

Na základě zjištěných nedostatků byly vypracovány návrhy na jejich odstranění, které jsou podrobně popsány v závěrečné kapitole této práce. Zároveň je v této kapitole navrženo další možné využití provedeného výzkumu a zjištěných výsledků.

Věřím, že tato bakalářská práce pomůže společnosti ještě zvýšit spokojenost svých pacientů, jelikož - jak již bylo řečeno v úvodu – ti jsou hlavním kritériem pro úspěch každé společnosti v jakémkoliv odvětví tržní ekonomiky.

Seznam použité literatury

Odborná literatura

- [1] HAIR, J. F.; BUSH, R. P.; ORTINAU, D. J. *Marketing research: a practical approach for the new Millenium*. 1. vydání. Boston: Richard D. Irwin, 2000. 682 s. ISBN 0-256-19555-2.
- [2] KOTLER, Ph. *Marketing Management. Analýza, plánování, využití, kontrola*. 12. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 792 s. ISBN 978-80-247-1359-5.
- [3] KOTLER, Ph. *Marketing podle Kotlera: jak vytvářet a ovládnout nové trhy*. 1. vydání. Praha: Management Press, 2000. 258 s. ISBN 80-7261-010-4.
- [4] KOZEL, R. a kol. *Moderní marketingový výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 277 s. ISBN 80-247-0966-X.
- [5] MISES, L. v. *Liberalismus*. 1. vydání. Praha: Ekopress, 1998. 186 s. ISBN 80-86119-08-4.
- [6] NOVÝ, I., PETZOLD, J. *(NE)spokojený zákazník – náš cíl?!*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 160 s. ISBN 80-247-1321-7.
- [7] PŘÍBOVÁ, M. *Marketingový výzkum v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996. 238 s. ISBN 80-7169-299-9.
- [8] SMITH, P. *Moderní marketing*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2000. 518 s. ISBN 80-7226-252-1.
- [9] VAŠTÍKOVÁ, M. *Marketing služeb – efektivně a moderně*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 232 s. ISBN 978-80-247-2721-9.

Internetové zdroje

- [10] <http://www.agel.cz/obsah/onas/kdojsme.aspx>, [2008-11-27]
- [11] <http://www.cabrnochova.cz/t-platby-u-lekare-2-2005.html>, [2009-01-08]
- [12] [http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/A900324B7C/\\$File/41090301.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/A900324B7C/$File/41090301.pdf),
[2008-11-26]
- [13] <http://www.mojeambulance.cz>, [2008-11-25]
- [14] <http://www.parlament-vlada.cz/modules.php?name=News&file=print&sid=434>,
[2008-11-27]
- [15] <http://www.stolni-voda.cz/shop/101-automaty-na-vodu.html?odkaz=1>,
[2009-04-24]
- [16] <http://www.svl.cz/default.aspx/cz/spol/svl/default/menu/onas>, [2008-11-27]
- [17] http://www.uzis.cz/download_file.php?file=848, [2009-02-11]
- [18] http://www.uzis.cz/download_file.php?file=1002, [2009-02-11]
- [19] http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3139, [2009-02-11]
- [20] <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/>, [2009-03-21]
- [21] <http://www.w-system.cz/katalog-produktu/balena-voda.html>, [2009-04-24]

Seznam zkratek

Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
A.s.	akciová společnost
Č.	číslo
ČSÚ	Český statistický úřad
Ing.	Inženýr
MUDr.	medicinae universae doctor, doktor všeobecného lékařství
Např.	například
Obr.	obrázek
Resp.	respektive
Tzn.	to znamená
Tzv.	tak zvaně
SVL ČLS JEP	Společnost všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistik České republiky
WWW	World Wide Web

Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce

Prohlašuji, že

- jsem byl seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně ke své vnitřní potřebě, bakalářskou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v Ústřední knihovně VŠB-TUO k prezenčnímu nahlédnutí a jeden výtisk bude uložen u vedoucího bakalářské práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o bakalářské práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, bakalářskou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 7. 5. 2009

.....

Jan Laštůvka

Adresa trvalého pobytu studenta:

Bystřice 1310

739 95 Bystřice nad Olší